



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Я родился в Москве 56 лет назад, в семье, далекой по своим интересам от медицины. Отец занимался автомобилями, мама проектировала мосты. У моей семьи обычная для нашей страны история. Мои бабушка и дедушка по отцовской линии были репрессированы. Дед был замдекана юрфака, один из первых профессоров-юристов в СССР. Все, кто его судили, его очень хорошо знали, многие у него учились, поэтому в глаза ему не смотрели... Реабилитировали его после смерти Сталина одним из первых. Следовательно при реабилитации сказал, что деду очень сильно «повезло» — на него было выписано два ордера на арест: первый, по которому его арестовали, был на 5–6 дней раньше, за создание террористической группы, целью которой было покушение на Кржижановского, ему дали 10 лет лагерей, а потом ссылка. А второй ордер был за шпионскую деятельность в пользу ряда государств, поскольку он был юрисконсультом нашего посольства во Франции, и всех, кого арестовали по этому ордеру, расстреляли. За ним тоже второй раз пришли: ну арестован, так арестован. А бабушку выслали как жену врага народа.

Дед сидел в лагере, который строил славный город Норильск и металлургический комбинат. Строительство Норильска возглавлял организационно талантливый Звенягин, он был в свое время очень известным человеком — заместителем не то Ежова, не то Берии. Он явно хорошо вперед считал, поэтому во-время сообразил, что в чистой политике стало очень опасно, и поэтому отправился организовывать громадный Норильский комбинат цветных металлов, ведь без них никакой брони и вообще никаких металлов не сварить и никакую трубу не сделаешь. Звенягин очень ценил специалистов. Случается пожар в порту Дудинка, который снабжал Норильск всем необходимым, порт сгорает дотла. Десятки миллионов рублей убытков, надо было разбираться. Стали искать юристов, просто смотря по спискам заключенных. Дед к тому моменту отсидел 3 года. Его извлекли из лагеря и решили использовать по профессии, решив, что тачку он хуже толкает.

Дед начал изучать дело, сказал, что надо попробовать. Вместо паспорта он получил записку от Звенягина, с которой и отправился в Москву. Сейчас это трудно себе представить: деда тогда, поскольку он приехал как юрист на крупный процесс, поселили в Национале, предоставили полный «соцпакет», в который входили даже билеты в Большой театр. Он умудрился детей на «Конька-Горбунка» сводить будучи простым эзком. Дед выиграл это дело, вернулся в Норильск и стал юрисконсультом металлургического комбината, оставаясь при этом эзком с 1941 по 1953. Так что высшее образование может совершенно неожиданным образом пригодиться...

Папа прошел очень серьезную жизненную школу и рано повзрослел: родителей репрессировали, когда ему было 15 лет, и он стал кормить себя, сестру и бабушку с бабушкой. В 17 лет ушел на фронт, прошел от звонка до звонка Великую Отечественную. Папа пошел на фронт танкистом, но танкист из него был никудышный — худющий, а танкисты должны втроем, в случае поломки, трэк от танка поднять, а они его от земли не могли оторвать, уж о его водружении на место и говорить было нечего. Поэтому его перевели шофером. Это его, кстати, спасло — в танковых войсках долго не жили, выживал 1 из 100, а у машин все-таки был шанс вырваться из под обстрела и выживал 1 из 10. Для отца машина всю жизнь спасением была, поэтому он к ним очень уважительно относится.

Вернулся он после войны в Москву в квартиру к дяде. У отца хватило наглости подать иск в суд на возврат ему жилья как участнику войны — ведь когда деда репрессировали московскую квартиру конфисковали. Это было очень рискованно, можно было отправиться следом за родителями. Но судья оказался тоже фронто-

виком, и судебное решение было принято в пользу отца, ему выделили комнату в этой самой конфискованной квартире, на Зубовской площади, 16, куда и заселились папа с сестрой, бабушкой и дедом. В 1953 г. семья воссоединилась в той же самой квартире, из которой их выгнали в 1937 г. После реабилитации деда и бабушки квартира полностью была возвращена семье. Эта история до сих пор кажется абсолютно невероятной, я каждый раз, проходя там, думаю об этом.

Сколько бы ученый в Москве не работал, ему никогда не заработать себе на жилье. Да и не в Москве примерно то же самое.

маясь моим воспитанием, подсовывала мне разные полезные книжки. В ту пору были популярны брошюры серии «Знание», которые создавали лидеры различных научных направлений и где доступным, но при этом профессиональным языком

для читателя излагались разные научные вещи. Помню, одна из них, за авторством А.Н. Белозерского, очень увлекла меня. В ней шла речь о структуре ДНК, о транскрипции и трансляции в функционировании клетки, и мне это показалось настолько понятным и логичным, что возникло желание узнать об этом более подробно. Я был поражен тем, как легко дали мне эти знания, в отличие от физики и черчения, я оказался «крупнейшим специалистом» в школе по этому вопросу, резко возрос мой авторитет в глазах одноклассников, и я решил, что это мое.

После школы довольно легко поступил на биологический факультет МГУ. Лет через 5–6 эти факультеты разделились, хотя, когда я поступал, экзамены на биологию и почвоведение уже были отдельные. Учиться было изначально очень интересно, потому что моими однокурсниками стали выпускники лучших школ Москвы (знаменитой второй математической, английской и т. д.) и мне все время приходилось за кем-то тянуться. К счастью попал я именно к Белозерскому, на кафедру вирусологии, которую он тогда создавал. Во многом, тем багажом знаний, который я сейчас имею, обязан блестящему составу молодых преподавателей этой кафедры. Практически из всех моих однокурсников вышел толк.

После окончания университета меня порекомендовали в биологический отдел Курчатовского института, который был в то время центром молекулярно-генетических исследований в нашей стране. Мне очень повезло, потому что в течение 7 лет, которые я провел в этом институте в лаборатории Романа Беняминаовича Хесина, нам не только давали возможность работать и учиться, а целенаправленно учили. Ежедневно проходили семинары, на которые приглашались ведущие специалисты в различных областях молекулярной биологии и молекулярной генетики. Я с большим уважением и благодарностью вспоминаю моих учителей и годы, проведенные в лаборатории Р.Б. Хесина. Так что и по своему университетскому и по кандидатскому дипломам я не врач, а молекулярный биолог.

К сожалению, большинство из моих однокурсников сегодня живут и работают за рубежом. У меня как у капитана дальнего плавания — у того в каждом порту женщина, а у меня в каждом крупном городе, где есть университет, однокурсники, причем по всему миру. К счастью Интернет дает возможность регулярно общаться, не смотря на расстояния. Почему я не уехал вслед за своими однокурс-

...5 миллионов рублей в год на 70 НИИ и 191 человека, которых надо оставить в стране. Это же издевательство... Сколько мы можем купить жилья нашим молодым ученым по всей стране на 5 миллионов рублей.

Вернувшись с фронта, отец поступил в автомеханический институт, потом ушел работать на ЗИЛ. Кстати, мой папа в качестве рационализаторского предложения предложил открывалки для консервов, знаете такие, которые по кругу передвигаются, когда сбоку винтик прокручиваешь. Он очень этой штукой гордится, ему за это целых 50 рублей заплатили. Так что я не только внук великого деда, но и сын великого отца. С ЗИЛА отец потом ушел, закончил аспирантуру и всю жизнь был специалистом по гидравлическим усилителям, которые стоят на всех наших большегрузных автомобилях. Папа к машинам очень серьезно относится, его авторитет в этой сфере настолько давил, что я и не помышлял в эту сторону, особенно после того, как в подростковом возрасте при нем я машину в кювет загнал. Отец профессионал, он автомобиль знает изнутри, чувствует и от других того же требует.

После суровой жизненной школы у отца и ко мне требования очень суровые были. Родители очень переживали, что у меня нет тяги ни к автомобилям, ни к мостам, и отдали меня в школу с биологическим уклоном. Почему с биологическим? Наверно, методом исключения — чертил я плохо, физика мне тоже не давалась, диктанты я плохо писал. Родителей очень расстраивало отсутствие у меня инженерно-технических способностей, но они с этим смирились. Маме нужно отдать должное, она, ненавязчиво зани-

...нам не только давали возможность работать и учиться, а целенаправленно учили. Ежедневно проходили семинары, на которые приглашались ведущие специалисты в различных областях молекулярной биологии и молекулярной генетики.

После суровой жизненной школы у отца и ко мне требования очень суровые были. Родители очень переживали, что у меня нет тяги ни к автомобилям, ни к мостам, и отдали меня в школу с биологическим уклоном. Почему с биологическим? Наверно, методом исключения — чертил я плохо, физика мне тоже не давалась, диктанты я плохо писал. Родителей очень расстраивало отсутствие у меня инженерно-технических способностей, но они с этим смирились. Маме нужно отдать должное, она, ненавязчиво зани-

Это раньше за «колбасу» скупали, сегодня все иначе. «Скупают» тех, кто не за дорого — работников лабораторий, химиков, биологов, физиков, математиков, никто не скупает врачей и юристов — им же надо много платить.

К сожалению, большинство из моих однокурсников сегодня живут и работают за рубежом. У меня как у капитана дальнего плавания — у того в каждом порту женщина, а у меня в каждом крупном городе, где есть университет, однокурсники, причем по всему миру.

Родителей очень расстраивало отсутствие у меня инженерно-технических способностей, но они с этим смирились. Маме нужно отдать должное, она, ненавязчиво зани-

никами? Думаю, что основное это то, что после окончания университета я был распределен в привилегированное в разных отношениях место — биологический отдел Курчатовского института. Роман Беняминаович практически давал второе образование нам, бывшим студентам, и так длилось много лет. Он после защиты аспирантам говорил: «Ну, хорошо, тебе удалось всех обмануть, а теперь ты мне нормально все честно это же докажи...». Тогда мы может и обижались, но багажом, который он нам дал, я пользуюсь до сих пор, хотя уже много десятков лет там не работаю. Роман Беняминаович считал делом чести, чтоб все его сотрудники во всем были первыми, и делал для этого все возможное. Благодаря Роману Беняминаовичу в стране сохранилась нормальная молекулярная

биология и генетика, потому что в свое время этот отдел был организован по просьбе самого Курчатова и благодаря этому там можно было заниматься нормальной наукой, а не выполнять указания Лысенко и его команды. Сегодня ученые, конечно, так, как 10 лет назад, из страны уже не бегут, но тем не менее... Выучиваются, за-

ИнтерНьюс

Хакеры сломали кардиостимулятор

Исследователям из Массачусетского и Вашингтонского университетов удалось взломать систему дистанционного управления имплантируемым кардиостимулятором. Ученые смогли получить доступ к личным данным пациента и вызвать сбои в работе прибора. Современные модели имплантируемых медицинских приборов снабжены системами дистанционной передачи данных, позволяющих лечащему врачу удаленно контролировать состояние пациента и менять настройки прибора. По мере увеличения радиуса действия таких систем, в том числе и с помощью беспроводных Интернет-соединений, вероятность постороннего вмешательства в их работу будет возрастать, уверены авторы исследования. Совершившие показательную попытку «взлома» ученые использовали кардиостимулятор Maximo, разработанный компанией Medtronic. При помощи оборудования общей стоимостью 30 тысяч долларов они получили доступ к данным, предназначенным для отправки лечащему врачу, а также смогли внести изменения в настройки прибора, изменив ритм подачи электрических импульсов, регулирующих работу сердца пациента. Во время эксперимента прибор находился лишь в нескольких сантиметрах от взломщиков. Организаторы эксперимента проинформировали о его результатах американское Управление по продуктам и лекарствам (FDA) и предложили несколько способов защиты медицинских приборов от возможных хакерских атак. Как отмечают эксперты FDA, за более чем 30 лет наблюдений ведомство не получило ни одного сообщения о постороннем преднамеренном вмешательстве в работу имплантированных приборов. В свою очередь, представитель Medtronic Р. Кларк подчеркнул, что последние версии кардиостимуляторов и дефибрилляторов снабжены усовершенствованными системами защиты персональных данных пациентов.

Источник: medportal.ru

Пожилые москвичи часто болеют желчнокаменной болезнью

Докторами Г. Сухаревой и М. Дорофеевым проведено скрининговое обследование 404 лиц старше 16 лет, чтобы изучить факторы риска и особенности клинической картины желчнокаменной болезни у жителей Москвы пожилого и старческого возраста, которые составляли 30% респондентов. Распространенность болезни среди них — 53,8%, в популяции 37,6%. У лиц с избыточной массой тела конкременты выявлены в 68% случаев, с нормальным индексом массы тела — в 32%. Желчнокаменная болезнь проявляется типичной болью в 7,7% случаев. Незначительной болью или только диспептическими симптомами — в 67,3%. У пожилых женщин она отмечена в 4,3 раза чаще, чем у мужчин. Факторы риска болезни — избыточная масса тела, нарушение липидного обмена и наследственная отягощенность.

Источник: Клиническая геронтология, 2008, № 1

Антидепрессанты чаще бесполезны, чем полезны

Ученые из Университета Халла (Hull University) использовали данные опубликованных и неопубликованных клинических исследований, касающиеся 4 современных антидепрессантов — флуоксетина (Прозак), венлафаксина (Эффексор), нефазодона (Серзон) и пароксетина (Сероксат, Паксил). Информация была предоставлена ученым американским Управлением по продуктам и лекарствам (FDA). Антидепрессанты эффективны лишь у пациентов с тяжелой формой депрессии. В остальных случаях лекарства оказывают действие, сравнимое с эффектом плацебо, сообщил руководитель исследования Ирвинг Кирш. Таким образом, большинству пациентов с депрессией назначать антидепрессанты нецелесообразно, подчеркнул ученый. Вместе с тем около 40 миллионов жителей планеты принимают антидепрессант Прозак. Лекарства этой группы имеют ряд побочных эффектов, в частности, антидепрессанты могут повышать риск самоубийств у подростков; некоторые связывают с их приемом рост убийств в американских школах и ВУЗах.

Источник: MedPortal

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Военная медицина — важнейший фактор поддержания обороноспособности нашей страны, и она должна быть не только включена в единую систему российского здравоохранения, но и участвовать в программе Национального проекта «Здоровье». Об этом шла речь на совещании в Совете Федерации, посвященном обсуждению проблем военно-медицинского обеспечения и обязательного медицинского страхования. Председатель Комитета СФ по обороне и безопасности Виктор Озеров отметил, что на сегодняшний день политика государства направлена на то, чтобы гражданин России имел право получать качественную медицинскую помощь и при этом мог сам выбрать то медицинское учрежде-

Военная медицина должна быть включена в систему российского здравоохранения и участвовать в нацпроекте «Здоровье», считают в Совете Федерации

ние, в котором он бы хотел лечиться. Сенатор подчеркнул, что четко выстроенная система оказания военно-медицинской помощи на практике доказала свою жизнеспособность и профессионализм. Озеров напомнил, что в соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» военно-медицинские учреждения Министерства обороны, иных федеральных органов исполнительной власти, в которых предусмотрена военная служба, могут оказывать медицинскую помощь населению на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. И добавил, что командование воинских частей и руководством организаций Министерства обороны, других силовых министерств и ведомств ежегодно перечисляются в территориальные фонды ОМС взносы за гражданский персонал Вооруженных Сил РФ и иных федеральных органов исполнительной власти. Однако, как заметил председатель Комитета СФ по обороне, граждане России лишены возможности получать медицинскую помощь в военно-медицинских учреждениях. «Дело в том, что решение о включении ведомственных медицинских учреждений в реализацию территориальных программ ОМС находится в компетенции органов исполнительной власти субъектов Федерации. Но руко-



водство территориальных органов здравоохранения и фондов обязательного медицинского страхования часто препятствуют этому», — пояснил Виктор Озеров. По его словам, основной причиной этого является то, что включение ведомственных медицинских учреждений в систему территориального ОМС приведет к уменьшению объемов оказания медицинской помощи в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях. И, по мнению сенатора, часто решение проблемы зависит исключительно от руководства регионов. Виктор Озеров считает, что и профессионально, и технически система военно-медицинского обеспечения готова к приему граждан. Он выразил надежду, что проблема будет решена, в том числе и законодательно, и военная медицина не окажется за пределами национального здравоохранения. «Если воспользоваться медицинской терминологией, то мы с вами сегодня должны поставить правильный диагноз и найти эффективный путь лечения этой проблемы. Главное, что это пойдет на пользу гражданам России», — заявил сенатор. По итогам дискуссии в Совете Федерации участники совещания приняли рекомендации в адрес верхней палаты парламента, Правительства РФ, субъектов Федерации. В частности, в них рекомендовано подготовить обращение к главам ряда субъектов Российской Федерации с просьбой оказать личное содействие по включению военно-медицинских учреждений в систему обязательного медицинского страхования. Необходимо также поручить руководству территориальных органов здравоохранения и фондов обязательного медицинского страхования провести работу по включению военно-медицинских учреждений в систему обязательного медицинского страхования в регионах; активизировать процесс по включению военно-медицинских учреждений в систему ОМС в субъектах Федерации; дополнить проект «Стратегии социального развития Вооруженных Сил РФ на период до 2020 года» положением о роли военно-медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования в субъектах РФ.

Источник: АМИ-ТАСС



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 клиничко-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, желательны — 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 сможете **ONLINE**, или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

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

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, 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

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 25.04.2007 г.**

Председатель: академик РАН и РАМН А.И. ВОРОБЬЕВ

Секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня: Член-корр. РАМН В.Г. САВЧЕНКО (ГУ ГНЦ РАМН). Классическая и молекулярная гематология: успехи в лечении разных опухолей системы крови.

Парадокс современной гематологии заключается в том, что созданные путем эмпирического перебора цитостатических препаратов протоколы лечения лейкемии за последние 10–20 лет не изменились, принципиально не изменилась и эффективность лечения злокачественных заболеваний крови (за рядом нескольких ярких исключений). Но при этом наше понимание глубинных процессов лейкогенеза и контроля за минимальной остаточной популяцией опухолевых клеток значительно расширилось. Также принципиально важным изменением стало то, что за это время в гематологии были сменены ориентиры: оценка эффективности лечения производится уже не по первичным эффектам, а по долгосрочным результатам.

Молекулярно-генетический анализ биологических особенностей острых миелоидных лейкозов позволил выделить по ряду признаков из всей группы те варианты, лечение которых высоко эффективно и при использовании существующих воздействий. Например, citarabin в высоких дозах особенно эффективен при остром миелолейкозе с транслокацией t(8;21) и inv16.

При лечении острых лимфобластных лейкозов число используемых цитостатических препаратов значительно больше (как минимум 8), чем при остром миелоидном лейкозе, но и их перечень остается неизменным в течение 30 лет. После определения взаимосвязи терапевтической эффективности программ лечения и молекулярно-генетических особенностей бластных клеток удалось определить те варианты острого лимфобластного лейкоза, которые требуют специфических терапевтических воздействий для

улучшения долгосрочных результатов. Например, для того же иммунофенотипически «зрелого» В-клеточного острого лимфобластного лейкоза включение в программы терапии анти-CD20 моноклональных антител повысило процент достижения полных ремиссий до 95% и трехлетнюю безрецидивную выживаемость до 80%.

Важной является проблема совершенствования методов выхаживания пациентов. Например, за последние 15 лет в рамках многоцентровой кооперации российских гематологических центров, которая объединяет гематологов из 26 городов России и 32 отделений, удалось снизить процент гибели больных с острыми лейкозами в период индукционного и постремиссионного лечения с 24% до 10% и с 20% до 8% соответственно.



Есть веские основания предполагать, что исследования, направленные на изучение молекулярных механизмов лейкогенеза и создание на основе этих знаний новых лекарственных препаратов, в скором времени приведут к тому, что в значительной степени унифицированная терапия острых лейкозов будет представлять собой индивидуализированные в соответствии с генетическими аномалиями протоколы лечения.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ
«ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ»
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 05.12.2006 г.**

Сопредседатель секции: Заместитель главного терапевта ГУЗ УДП д.м.н., проф. В.Е. Ноников; Заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП член-корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов

Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня: «Инфекция мочевых путей: быстрое развитие, быстрое лечение»

1. Д.м.н. Перепанова Т.С. (ФГУ НИИ урологии Росздрава) «Выбор эффективной терапии инфекций почек, мочевыводящих путей и половых органов».

Приведена классификация инфекций мочевых путей, озвученная на Европейской ассоциации урологов в апреле 2006 г. Был поднят вопрос диагностической значимости симптомов при постановке диагноза. Дано определение неосложненных инфекций мочевых путей, таких, как острый цистит, острый восходящий пиелонефрит и др.; а также охарактеризованы возбудители неосложненной инфекции. Рассмотрены факторы, определяющие возможность развития цистита, взаимодействие макро- и микроорганизмов. Предрасполагающие факторы для развития инфекции нижних мочевых путей у женщин включают в себя анатомо-физиологические особенности уретры, нарушения уродинамики нижних мочевых путей, гинекологические заболевания, генетическую предрасположенность, неадекватные реакции слизистой оболочки мочевого пузыря. Особо отмечено, что под синдромом «острой дизурии» у женщин скрываются различные заболевания — цистит, уретрит, вагинит, грибковая инфекция. Представлена статистика частоты различных причин учащенного и болезненного мочеиспускания.

Поскольку у этой инфекции различные возбудители, то необходимо назначать разные группы антибактериальных препаратов. Подробно были рассмотрены и охарактеризованы факторы микроорганизмов, влияющих на развитие инфекций мочевых путей. Определение возбудителя и его чувствительности к антибиотикам при остром цистите не является необходимым, т. к. они предсказуемы, а результаты исследования станут доступными врачу, когда симптомы заболевания разрешатся. При этом состоянии необходима эмпирическая терапия.

Цель лечения неосложненной инфекции мочевых путей — эрадикация возбудителей. Докладчик подробно остановился на эмпирической терапии неосложненной инфекции мочевых путей. Далее были показаны рекомендации Европейской и Американской урологических ассоциаций для лечения инфекции нижних мочевых путей, Российского Формуляра лекарственных средств для взрослых, детей, беременных, а также альтернативное лечение. Рассмотрены вопросы длительной терапии неосложненной инфекции мочевых путей по нозологиям, факторам риска, риска возникно-

вания рецидивов и др. Особо отмечено, что малые концентрации антибиотиков вызывают существенные изменения в морфологии и биохимии бактерий. Резистентные штаммы микроорганизмов обычно маловирулентны. Суббактериостатические концентрации антибиотиков вызывают подавление адгезии микроорганизмов к слизистой оболочке.

Были даны рекомендации по терапии рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей, рассмотрены осложнения инфекций мочевых путей. При рассмотрении осложненной необходимо учитывать такой аспект — реактивация это или реинфекция. Эффективное лечение осложненной инфекции мочевых путей возможно лишь при условии восстановления нормальной уродинамики и коррекции осложняющих факторов, сопутствующих заболеваний. Рассмотрены группы препаратов выбора для осложненной инфекции мочевых путей, а также нерекомендованные, с указанием причин. Далее, таким же образом были подробно охарактеризованы госпитальные инфекции мочевых путей, источники их возникновения (внешние и внутренние), пути контаминации, факторы и пути передачи возбудителей госпитальной инфекции мочевых путей. Рассмотрено такое понятие, как биофильтр, отличие бактерии в биофильтре, инфекционные «результаты» длительной катетеризации и формирование инфекционных камней уреазопродуцирующими микроорганизмами. Препараты выбора для лечения госпитальной инфекции мочевых путей полностью рассмотрены, им дана объемная характеристика по группам, которые были сравнены между собой.

Акцентировано внимание на активности левофлоксацина и офлоксацина в отношении грамотрицательных бактерий. Описан фармакокинетический профиль левофлоксацина, эффективность при урогенитальных инфекциях, при лечении госпитальной инфекции мочевых путей, урогенитальной инфекции.

2. Сняжкова Л.А. (кафедра урологии и хирургии андрологии РМАПО) «Инфекции мочевых путей в практике терапевта».

Инфекции мочевых путей в настоящее время актуальная проблема, т. к. их число увеличивается, а развитие инфекционного процесса в МВП является результатом преобладания вирулентности этиологического агента над защитными механизмами. Были приведены результаты социологического исследования 600 женщин — к кому обращаются пациентки с симптомами острого цистита? Результаты оказались следующими: гинеколог — 17%, уролог — 15%, терапевт — 11,4%, провизор — 4,3%, врачи других специальностей — 12,3%, не обращаются за помощью — 40%.

Кратко были представлены результаты исследования ARES, проходившего в 2004–2006 г., по выявлению возбудителей инфекций мочевых путей и определению резистентности к антибактериальным препаратам. Было обследовано 1818 пациентов, выявлено 1941 микробный патоген. Показано что именно было выявлено и в каких странах. Приведен вывод этого исследования: фосфомицин — единственный препарат с полной чувствительностью к кишечной палочке. Обсуждены и другие препараты, обладающие меньшей чувствительностью. Как в предыдущем докладе, были обсуждены биофильмы и приведены рекомендации

ИнтерНьюс

Преступники рассказывали детям, как можно покончить с собой

Группу «учителей самоубийц», которые через Интернет давали людям советы как покончить с собой, обнаружили журналисты газеты The Sunday Telegraph. С 2001 г. члены сообщества спровоцировали 29 убийств в Великобритании. Сеть Интернет-убийц была обнаружена после целого ряда самоубийств среди молодых людей в английском городе Бриджэнд. Сейчас местные следователи пересматривают 9 случаев смертей из 16, которые, по мнению полицейских, могли наступить в результате самоубийства. Среди наиболее известных сайтов, описывающих преимущества самоубийства, есть два форума, посетители которых получали подробные советы о том, как покончить с жизнью. Названия сайтов газета не сообщает. Интернет-провайдеры заявили, что не могут блокировать эти сайты.

Один из наиболее авторитетных сетевых гуру — Нагасива Уайруноуд, объявивший себя сатанистом. Он владеет магазином книг по оккультизму и магии в калифорнийском городке Форествиле. 46-летний Уайруноуд говорит, что является «директором по пропаганде» в радикальной секте «Церкви эвтанизии», члены которой считают самоубийство одним из способов спасения мира от перенаселения. Уайруноуд под именем Бобороши издал руководство по самоубийству, где подробно описываются способы лишения себя жизни. На сайте Уайруноуда есть ссылки на другие порталы и форумы, посвященные суициду. «Это руководство предназначено для того, чтобы помочь людям, намеренным совершить самоубийство. Эта информация должна «подкопать» сознательных людей, которые хотят покончить с жизнью. Люди, намеренные уйти из жизни, могут искать информацию о суициде, и в некоторых случаях это приводит к тому, что они решаются на самоубийство», Уайруноуд отверг все обвинения в причастности к смертям, ставшим результатом суицида. «Я не защитник этих молодых людей, погруженных в депрессию. В депрессию их вогнали собственные родители». Еще один человек, тесно связанный с подобными форумами, — 50-летняя голландка Кэрин Спейнк, в прошлом учитель. В 1986 г. ей был поставлен диагноз «рассеянный склероз», после этого она стала писателем. Спейнк, защищая право человека на смерть, опубликовала на своем сайте практическое руководство, описывающее 41 способ суицида. Организации, целью работы которых является предотвращение самоубийств среди молодежи, такие, как ланкаширский благотворительный фонд Paragus, уверены, что творчество подобных людей влияет на людей с хрупкой психикой. Один из основателей фонда П.Келли, чей 18-летний сын покончил жизнь самоубийством после посещения подобного сайта, заявил: «Растет число родителей, которые могут сказать, что Интернет сыграл определенную роль в смерти их детей. Интернет предлагает вам практические советы. Это особенно опасно для молодых людей, для которых часто достаточно малейшего толчка». По мнению членов организации, необходимо запретить пропаганду подобных идей на вебсайтах, как это делается в других странах, например, в Японии и Австралии. Министр здравоохранения А. Льюис заявил, что разделяет обеспокоенность общественности влиянием Интернета на чувствительных людей. Paragus призывает к внесению поправок в закон о суициде 1961 года, который запрещает пропаганду самоубийства. В Великобритании еще не было ни одного процесса против людей, которые посредством Интернета побуждали к совершению самоубийства. По мнению Министерства юстиции, будет сложно принять закон о запрете сайтов, посвященных самоубийству, и не затронуть при этом службы доверия или художественную литературу. «Сама по себе публикация в Интернете материалов, которые дают советы относительно самоубийства, не может считаться пособничеством в совершении самоубийства, то есть преступлением: дело в том, что должна быть причинная связь с реальным самоубийством или попыткой суицида. Но деятельность сайтов, активно подталкивающих к самоубийству, можно назвать преступной, так как они пытаются оказать пособничество в совершении самоубийства», — заявил официальный представитель министерства.

Источник: The Sunday Telegraph, 2008

ИнтерНьюс

Поиск вакцины против малярии продолжается

Малярия ежегодно убивает около миллиона жителей планеты. Наиболее часто ее жертвами становятся дети из Африканских стран. На разработку вакцины против этого заболевания Фонд Билла и Мелинды Гейтс выделил около 350 миллионов долларов. НИИ в Сиэтле (Seattle Biomedical Research Institute, SBRI) сообщил о наборе добровольцев для клинических испытаний вакцин против малярии. За заражение наиболее опасной разновидностью малярии *Plasmodium falciparum* участникам планируют заплатить от 2 до 4 тысяч долларов. Клинические испытания начнутся в течение ближайших 1,5 лет. В них будет задействовано от 100 до 200 добровольцев в год. Здоровые добровольцы будут заражены малярией через укусы комаров. В экспериментах будут использованы клонированные штаммы малярийного плазмодия, не вызывающие рецидивирующую форму заболевания и хорошо поддающиеся лечению. В течение 5—6 дней добровольцы будут жить в гостинице, проходить медицинские тесты и несколько раз в сутки сдавать анализы крови. «Весь процесс будет хорошо контролируемым. Болезнь будет иметь предсказуемое течение, а лечение начнется максимально рано — сразу же после того, как паразиты будут обнаружены в крови», — сообщил руководитель исследовательских программ SBRI П. Даффи. Ранее аналогичные исследования малярии с участием добровольцев проводились в американском Научно-исследовательском институте Уолтера Рида (штат Мэриленд), а также в научных центрах Великобритании и Нидерландов. При этом не было зарегистрировано ни одного летального исхода и не потребовалось ни одной госпитализации.

Источник: medportal.ru

За разработку и внедрение медицинских технологий, направленных на укрепление здоровья населения, присуждены премии Правительства РФ.

За разработку и внедрение медицинских профилактических технологий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение демографической ситуации, в России ряд организаторов медицинской науки удостоены премии Правительства РФ 2007 года в области науки и техники с присвоением звания «Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники». Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ. Награды присуждены Оганову Р.Г., академику Российской академии медицинских наук, директору федерального государственного учреждения «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Калининой А.М., доктору медицинских наук, профессору, руководителю отдела, Шальной С.А., доктору медицинских наук, профессору, заместителю директора, — работникам того же учреждения; Арутюнову А.Т., доктору медицинских наук, профессору, заместителю начальника Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации; Денисову И.Н., академику Российской академии медицинских наук, проректору государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию; Заридзе Д.Г., члену-корреспонденту Российской академии медицинских наук, заместителю директора государственного учреждения Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина Российской академии медицинских наук; Найговзиной Н.Б., доктору медицинских наук, профессору, заместителю начальника Экспертного управления Президента Российской Федерации Администрации Президента Российской Федерации; Тутельяну В.А., академику Российской академии медицинских наук, директору государственного учреждения «Научно-исследовательский институт питания Российской академии медицинских наук»; Хальфину Р.А., доктору медицинских наук, профессору, заместителю Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации; Яковлевой Т.В., доктору медицинских наук, депутату Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации.

Поздравляем лауреатов, отметив, что многие из них активно сотрудничают с нашей газетой.

Источник: АМИ-ТАСС

Начало на стр. 1 ↗

щищаются, начинают публиковаться, в том числе и в зарубежных журналах. После 1—2 публикаций в хороших журналах ты получаешь приглашение поехать работать туда. От такого предложения трудно отказаться. Дело ведь не только собственно в деньгах и не только в профессиональной реализации. Сколько бы ученый в Москве не работал, ему никогда не зара-

ботать себе на жилье. Да и не в Москве примерно то же самое. Правительство создало программу «Жилье для молодых ученых» и выделило РАМН 5 миллионов рублей в год на 70 НИИ и 191 человека, которых надо оставить в стране. Это же издевательство... Сколько мы можем купить жилья нашим молодым ученым по всей стране на 5 миллионов рублей. Зарплату могут повысить на 15—20%, но это ничего не даст и никого не удержит. Эту проблему нужно комплексно решать, что и делают на Западе: сегодня молодой ученый, приезжая туда, получает полный «социальный» пакет: какое никакое жилье, с возможностью его выкупить с рассрочкой на 15—20 лет. Какая никакая машина, зарплата, позволяющая содержать семью из 3 человек, детский садик и т. д. и т. п. Это раньше за «колбасу» скупали, сегодня все иначе. «Скупают» тех, кто не за дорого — работников лабораторий, химиков, биологов, физиков, математиков, никто не скупает врачей и юристов — им же надо много платить. Кроме того, скупают на низшие должности, везде хоть на мало-мальски руководящих должностях будут работать свои, местные выпускники университетов. В науку в чистом виде на Западе мало кто идет, там мало платят, по их меркам. На эту работу идут китайцы, русские, индусы. Больше всего работодатели любят русских — за маленькие деньги они получают специалистов с лучшим образованием. Что такое сегодня американский университет? Это когда русские профессора читают китайским студентам лекции на английском. А американские выпускники работают на фондовых биржах, в крупных корпорациях, управляющих финансовыми потоками. Они предпочитают не создавать материальные ценности, а ими управлять.

К моменту моего перехода в НИИЭМ им. Гамалеи после защиты кандидатской диссертации стало совершенно ясно, что современная теоретическая и практическая медицина не может обойтись без молекулярного уровня исследований. Надо сказать, что тот временной период ознаменовался созданием и внедрением в науку новых молекулярно-генетических и молекулярно-биологических технологий, которые, наряду с триумфом информационных технологий, могли позволить по-новому подойти к решению основных вопросов медицинской микробиологии: изучению механизма патогенеза заболеваний, обусловленных микроорганизмами, идентификации возбудителей, а также экологии и эволюции микроорганизмов. Пришел я сюда в 1981 г. как генный инженер, мне тогда было без разницы, какую ДНК резать. По мере нахождения здесь, поскольку вокруг все время говорили об эпидемиологии, инфекционных болезнях, пришлось взять соответствующие медицинские учебники и почитать. Изучал в отпуске, сидя на крыльчке, не могу сказать, что было очень сложно или неинтересно. С тех пор вроде бы разговариваю с врачами на одном языке. Но никаких иллюзий о том, что я познал медицину, у меня не возникло. Я все-таки профессиональный биолог и понимаю насколько глубокие знания должны быть у врача.

А вот с точки зрения профессионального биолога, когда читаешь медицинскую литературу, то перед тобой возникает

Начало на стр. 3 ↗

Европейской и американской ассоциаций для лечения не осложненной инфекции мочевых путей 2006 г. Поскольку для лечения каждого заболевания важны алгоритмы, был представлен опрос 137 семейных врачей из Америки по вопросам лечения острого цистита и проанализированы результаты данного опроса. Обозначены цели антибиотикотерапии неосложненной инфекции мочевых путей и на основании вышеперечисленного представлен разработанный алгоритм терапии острого цистита. В заключение док-



непаханое поле нерешенных задач, сразу же руки чешутся за все взяться. Начинает ассоциативное мышление работать, то что получалось в чистой биологии можно применить и тут по аналогии и получить отдачу, пропустив ненужные этапы.

В НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи я прошел все этапы — от старшего научного сотрудника до директора института и уже 10 лет возглавляю его славный коллектив. В этом институте работало много очень известных ученых. К сожалению, жизнь

не сталкивала меня со Львом Александровичем Зильбером, так как он умер в 1966 году, проработав в нашем институте почти 30 лет, начиная с 1939 года. 17 мая 2007 года в институте прошли торжественные мероприятия, связанные с увековечиванием памяти Л.А. Зильбера. На здании вакцинного корпуса, где многие годы работал ученый, торжественно

открыта мемориальная доска. После открытия доски состоялось расширенное заседание Ученого совета института, на котором выступили коллеги и ученики Л.А. Зильбера с воспоминаниями о нем. В докладах молодых ученых нашли отражение современные направления научных исследований, на современном методическом уровне развивающие и углубляющие теорию онкотрансформации клеток, основы которой заложил своими всемирно признанными трудами Л.А. Зильбер. Мероприятия прошли при активном участии соратников и воспитанников ученого — академиков РАН Г.И. Абелева и Л.Л. Киселева, академиков РАМН Н.В. Каверина, Ф.Л. Киселева, профессоров В.Н. Степиной, А.Ф. Мороз, В.А. Зуева, А.Ф. Быковского, Н.В. Энгельгард.

Мировую известность члену-корреспонденту РАМН Александру Яковлевичу Фриденштейну принесли исследования, связанные со стромальной тканью кроветворных и лимфоидных органов. Мировой научной общественностью признается сегодня, что благодаря этим исследованиям были открыты стволовые клетки стромы костного мозга. В последующем, благодаря использованию разработанного в лаборатории А.Я. Фриденштейна метода избирательного клонирования, удалось установить, что приживление именно этих клеток обеспечивает формирование в месте трансплантации костного мозга полноценного кроветворного органа.

Мой папа гордится унифицированным гидроулителем и открывашкой для консервов, а я, пожалуй, тем, что мы первые в стране стали выявлять патогенные микроорганизмы с помощью гибридизации, первые, кто начал использовать и налаживать ПЦР. Ведь когда говорили холера, то у всех перед глазами возникал этот вибрион с хвостиком, плакаты с лаконичным Маяковским и т. д. На самом деле этот вибрион есть в каждой луже и в каждом водоеме. Но это нам сегодня очевидно, а 10 лет назад это было совершенно не очевидно. Патогенными являются только выделяющие холерный токсин, а чтобы их выя-

Мировую известность члену-корреспонденту РАМН Александру Яковлевичу Фриденштейну принесли исследования, связанные со стромальной тканью кроветворных и лимфоидных органов.

вить, надо было с помощью метода зондов научиться находить соответствующий участок ДНК, ответственный за выработку этого токсина. Что мы и научились делать, внедрили в практику не только от-

носительно холеры, но и относительно других возбудителей инфекционных заболеваний, которые имеют тенденцию образовывать природные очаги. Это по сей день позволяет эффективно следить за природными очагами и поддерживать на удобоваримом уровне санитарную обстановку.

С какого момента родители поняли, что мной уже можно гордиться, а не переживать, что инженером не стал? Мама поняла это, еще когда я студентом был, а папа гордиться начал, по-моему, только когда я вице-президентом РАМН стал...

лада несколько слов было отведено критериям выбора антибактериальных препаратов при остром цистите, утратившим своё лидирующее значение антибиотикам и показаны разработанные алгоритмы диагностики рецидивирующих циститов и необструктивного пиелонефрита.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: С какого года, с какого момента в урологической практике применяется фосфомицин, нитрофурантоин?

Ответ: Уже лет 40—50, и резистентность к ним не развивалась до сих пор, но мы, конечно, ограничиваем их прием, т. к. появились сведения, что у пожилых больных на фоне приема данных препаратов возможно развитие пневмосклероза. Также не нужно применять препараты при гепатите, так как его течение усугубляется. Но в целом препараты очень хорошие, если их грамотно применять.

В заключение Богомолов Б.П. поблагодарил докладчиков за интересные и толковые доклады, представляющие социологические исследования, результаты которых важны и актуальны. Также им было замечено, что в докладах дан акцент на анатомо-физиологические особенности, но главный резервуар бактерий — толстая кишка, поэтому мочевиная инфекция должна рассматриваться в комплексе с кишечной микрофлорой.

Ноников В.Е. поблагодарил всех за активное участие в заседаниях в уходящем году. Около 40 человек, посетивших все заседания, получили сертификаты и ценные подарки.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГРЫЖЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕУТОЧНЕННОЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: грыжа брюшной полости неуточненная

Код по МКБ-10: K 46

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: ущемление

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 4 сентября 2006 г. № 638

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДРУГОЙ И НЕУТОЧНЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: другая и неуточненная кишечная непроходимость

Код по МКБ-10: K 56.6

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 4 сентября 2006 г. № 637

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БОЛЕЗНЯМИ,
ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИСЯ ПОВЫШЕННЫМ КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые
Нозологическая форма: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением
Код по МКБ-10: I 10 –I 15
Фаза: острое состояние
Стадия: первое обращение
Осложнение: без осложнений
Условие оказания: скорая медицинская помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 4 сентября 2006 г. № 632

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые
Нозологическая форма: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением
Код по МКБ-10: I 10 –I 15
Фаза: острое состояние
Стадия: первое обращение
Осложнение: без осложнений
Условие оказания: скорая медицинская помощь

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			1		
	<i>Гипотензивные средства</i>		1		
		Нифедипин	0,6	10 мг	20 мг
		Каптоприл	0,3	25 мг	50 мг
		Пропранолол	0,05	10 мг	40 мг
		Клонидин	0,05	0,075 мг	0,15 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

3. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые
Нозологическая форма: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением
Код по МКБ-10: I 10 –I 15
Фаза: острое состояние
Стадия: первое обращение
Осложнение: гипертензивная энцефалопатия, транзиторная церебральная ишемическая атака, инсульт, нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда, левожелудочковая недостаточность, расслоение аорты, эклампсия
Условие оказания: скорая медицинская помощь

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 20 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A 25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
A 11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	0,05	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,01	1
A 14.08.001	Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких	0,1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			1		
	<i>Антиангинальные средства</i>		0,5		
		Нитроглицерин	1	2,8 мг	101,6 мг
	<i>Гипотензивные средства</i>		1		
		Верапамил	0,05	5 мг	5 мг
		Эналаприлат	0,8	1,25 мг	2,5 мг
		Пропранолол	0,1	10 мг	30 мг
		Клонидин	0,05	0,075 мг	0,15 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

Иосиф Абрамович Кассирский

К 110-летию со дня рождения



А.И. Воробьев

Гематологический научный центр РАМН

Научная школа это, прежде всего, — люди: учителя и ученики. Вместе с тем это своеобразная атмосфера творчества, насыщенная доброжелательным отношением старших к наследникам. Без материнской заботы нет семьи. Часто случается: ученый — выдающийся, а школы не создается.

Разные бывают учителя. Одни — почти только силой своего примера. Другие следят за каждым шагом ученика, испытывая восторг от его успехов. Как известно, А.Н. Крюков диссертаций аспирантов не читал. Иосиф Абрамович, по-моему, — тоже. Но надо было видеть Кассирского, когда он читал отзыв Владимира Павловича Эфроимсона о рукописи «Генетика в гематологии» (И.А. Кассирский, А.И. Воробьев и др.). Сравнивая текст о патогенезе лейкозов И.А. Кассирского, и не оставившего камня на камне от теории аутохтонности, текст А.И. Воробьева, доказывающего клональность этих опухолей, В.П. Эфроимсон советовал И.А. Кассирскому убрать из книги написанную им чушь. Вместо того, чтобы обидеться, надуться, между делом при случае наподдать молодому нахалу, Иосиф Абрамович расхохотался, до слез. «Этот старый еврей может быть хочет нас посорить? Дурак! Это еще не ясно, кто из нас прав. Жизнь покажет. Но, кто такой Андрей Иванович? Это же мой ученик!» Звучало примерно так: «Это же я сам, только — моложе и лучше». (В.П. Эфроимсон — огромного масштаба Гражданин, биолог, трижды сидевший в лагерях, успевший между ними провоевать на самой передовой — в разведке, спасший своими книгами, выступлениями советскую генетику, возродивший ее из руин. Конечно, Кассирский это все знал. Здесь «старый еврей» звучало своеобразной любовной фамильярностью «за глаза».)

Когда меня пригласили заведовать клиническим отделом Института биофизики МЗ СССР, пошел советоваться к Иосифу Абрамовичу. Он задумался, а потом сказал: «Должность — профессорская, очень почетная, практически речь идет о руководстве радиационной и внутренней медициной огромной отрасли. Идите. Кафедру после меня Вам передадут, так я написал. А что Вы тут будете сидеть в доцентах и ждать моей смерти? Идите». Но через день позвонил: «А может быть не надо? Секретность. Совсем неизвестное дело». Но я уже согласие дал, отступить было нельзя.

Настоящий учитель всегда может сказать: «Нет, весь я не умру. Душа в заветной лире мой прах переживет, и тленья убежит».

Так что же стало со школой Крюкова-Кассирского потом — после 1971 года, когда Иосиф Абрамович ушел из жизни? Кафедру передали в соответствии с его просьбой А.И. Воробьеву. В течение 4 лет он, заведующий кафедрой, еще оставался и в Институте биофизики. Но на кафедру вернулся не тот Воробьев, который с нее ушел несколько лет назад. Годы в Институте биофизики были насыщены напряженнейшей работой, связанной с внезапно возникшей целой серией аварий в атомной промышленности. Места академиков в цехах заняли простые инженеры. И не было ни одной аварии из-за отказа оборудования. Все были делом рук человеческих. С кафедры в Институт биофизики пришли Марина Давыдовна Бриллиант, Евгений Кириллович Пяткин, Таисия Владимировна Шишкова, потом — Александр Евгеньевич Баранов.

Вся клиническая картина острой лучевой болезни, ее прогноз определяются дозой поглощенной лучевой энергии. Врачу надо знать дозу. Но дозиметры при авариях либо «зашкаливают», либо отсутствуют. Физическая дози-

Продолжение на стр. 8

Перебирая материалы прошлого юбилея Иосифа Абрамовича, подумал, что писать новый сборник смысла нет. Рассчитывать, что в памяти всплывут какие-то ранее забытые факты, довольно трудно. Та жизнь, в которой была создана наша гематология, советская гематология, да и все остальные отрасли медицины, осталась позади. Каток разрушений прошелся по стране, в которой мы родились.

Сегодня надо не столько вздыхать по прошлому, сколько, засучив рукава, не обращая никакого внимания на стоны эпигонов, подражателей, ниспровергателей всего и вся в нашей великой культуре, без которой мир ущербен, восстанавливать научные школы, вновь прививать уважение к оригинальному мышлению наших не столь уж давних учителей, и — строить, строить науку, освещающую жизнь. Кому-то с нами — не по дороге. Ну — что ж. «Блаженны нищие духом, им уготовано царство небесное». Но ведь и «Блаженны борющиеся за правду». Им тоже рай обещан. Не знаю, как там будут принимать прятки («швыдких») перебежчиков, сумевших во время сменить партбилет на крест нательный. Проблем не будет: у этой публики дух — по ветру. Куда же их деть, этих кухонных ораторов, вечных борцов за неопределенную справедливость? Он — всё тот же: «...крикун надменный, в пирах никем не побежденный, но воин скромный средь мечей».

Что же стало со гематологической, а, точнее, терапевтической школой Крюкова-Кассирского. Как она пережила научный погром конца прошедшего века? Где она сегодня?

ИнтерНьюс

Тульский хирург оставил иглу в животе роженицы. Пусть его засудят.

В одном из родовых г. Донской Тульской области врач, проводивший в июле 2006 г. кесарево сечение у 24-летней пациентки, забыл иглу в животе пациентки. Об этом стало известно спустя год после операции при обследовании женщины в другом лечебном учреждении. Женщину продолжали беспокоить боли в послеоперационном рубце. При обследовании «хирург из послеоперационного рубца передней брюшной стенки пациентки извлек хирургическую иглу», — сообщили в областной прокуратуре. После проверки прокуратура потребовала у завотдела здравоохранения городской администрации устранить нарушения законодательства об охране здоровья граждан. В результате заведующей родильным отделением роддома был объявлен выговор. Прокурор не был удовлетворен решением горздрава и направил материалы проверки в межрайследотдел для решения вопроса об уголовном преследовании врача. В настоящее время врачам роддома грозит обвинение в оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей (часть 1 статьи 238 УК РФ), сообщили в прокуратуре.

Сообщения о прокурорских нападках на врачей становятся все чаще и чаще. Вопрос чаще всего не о том, виноват врач или нет, а о требованиях максимальной сатисфакции, жажде врачебной крови. Это отражает общий рост напряжения в обществе и вполне может привести к появлению судов Линча.

Источник: MedPortal, собственная информация

LSD на службу здоровья?

102-летний швейцарский химик Альберт Хофманн, синтезировавший LSD (диэтиламид лизергиновой кислоты — мощнейший наркотик) в 1938 г., принял участие в открытии 1-го всемирного психоделического форума в Базеле. А Хофманн в 1943 г. опубликовал подробный отчет об исследовании галлюциногенного действия этого вещества на собственном опыте. Хофманн полагал, что LSD быстро найдет применение в медицине и психиатрии. Однако после того как галлюциногены стали частью массовой молодежной культуры, LSD и другие синтетические и натуральные галлюциногены попали в списки запрещенных субстанций, а финансирование экспериментов с ними было практически полностью прекращено.

Большинство выступлений участников мероприятия было посвящено перспективам медицинского применения галлюциногенных наркотиков. По словам организаторов форума, в последние годы — впервые за несколько десятилетий — в мире наметился рост числа серьезных научных исследований, посвященных лечебным эффектам LSD и других психотропных веществ. Так сотрудники Медицинской школы Гарвардского университета сообщают об успешном опыте лечения некоторых видов мигрени LSD и псилоцибином, а в Швейцарии с помощью этих же веществ пытаются облегчить психологическое состояние пациентов, находящихся на терминальных стадиях онкологических заболеваний. Кроме того, в Университете Южной Каролины завершаются клинические испытания методики лечения посттравматического стрессового расстройства экстази, а результаты нескольких небольших исследований свидетельствуют о том, что кетамин — вызывающее мощные галлюцинации наркотическое средство — может быть эффективным при лечении тяжелых форм депрессии.

Источник: MedPortal

Немецкие хирурги перепутали ногу с анусом

Пенсионерка из Германии подает в суд на клинику в баварском городе Хохфранкен. Вместо того чтобы прооперировать ногу, хирурги сделали ей операцию на прямой кишке. Женщина поступила в клинику для проведения плановой операции на ноге. Другая пациентка, страдающая недержанием кала, нуждалась в операции на анальном сфинктере. Предположительно, врачи клиники перепутали истории болезни двух пациенток. Сейчас пенсионерка, которую по-прежнему беспокоит нога, выбирает другую больницу для проведения необходимой ей операции. Не только у нас путают больных и забывают пинцеты в животе.

Источник: Medportal.ru

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
3-е издание
дополненное с приложениями
Под редакцией профессора П.А. Воробьева
Издательство НЬЮДИАМЕД
2008 г.

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

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.

ИнтерНьюс

Искусственный глаз будет видеть

В Германии успешно завершена разработка первого в мире имплантируемого в человеческий глаз протеза для улучшения зрения. Примерно 3 миллиона людей, в том числе 10 тысяч человек в Германии, страдают от пигментоза сетчатки. При этом заболевании острота зрения по причине отмирания клеток сетчатки постоянно снижается, что часто приводит к слепоте. Однако, как правило, часть нервных клеток сохраняется, и существует возможность связать их с микропротезом. Его воспользовались эксперты Рейнско-Вестфальского технического университета Аахена и Института микроэлектронных систем им. Фраунхофера в Дуйсбурге, разработавшие микропротез, получивший название EPIRET3. Это единственная в мире система, функционирующая в режиме беспроводного питания. Другими словами, имплантируемый в глаз микропротез не подключается к внешним источникам с помощью кабеля, как другие имплантаты сетчатки. Это сокращает время на операцию, упрощает обращение с системой и не слишком травмирует пациента. Новый микропротез для глаза был вживлен в специализированных клиниках в Аахене и Эссене 6 добровольцам, которые на протяжении нескольких лет ничего не видели. После 4 недель испытаний специалисты исследовали сетчатку при помощи электронных датчиков. Выяснилось, что все пациенты смогли различать оптические образцы. Теперь ставится задача увеличить срок службы и ношения микропротеза, совершенствовать технику проведения операции по его установлению. Чтобы пациенты могли ориентироваться в окружающем мире, к разработанной системе в будущем должна быть подключена камера, которая станет передавать в имплантат радиосигналы. «Ученые и техники совместно достигли выдающихся результатов — сказал статс-секретарь министерства Томас Рахель. — Мы хотели бы, чтобы они уже скоро пошли на пользу многим слепым». Стоимость проводившихся с 1995 года разработок составила в общей сложности 17,5 млн евро.

Источник: АМИ-ТАСС

Депутаты предлагают освободить врачей от уголовной ответственности за халатность

Депутаты Госдумы предлагают освободить врачей от уголовной ответственности за причинение вреда средней тяжести здоровью пациентов вследствие халатности. Соответствующие поправки внесли на рассмотрение членов палаты представители фракций КПРФ и «Единая Россия» Виктор Илюхин и Алексей Волков. Первая часть статьи 124 действующего УК РФ, которую предлагают отменить депутаты, предусматривает наказание в виде штрафа до 40 тысяч рублей, исправительных работ сроком до одного года, либо ареста на срок от двух до четырех месяцев в том случае, если оказание помощи врачом привело к причинению вреда средней тяжести здоровью больного. Как пояснили авторы поправки, их инициатива направлена в первую очередь на устранение существующих противоречий в Уголовном кодексе. Уголовную ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью пациентов депутаты отменять не собираются. По мнению экспертов, статья, которую намерены отменить Илюхин и Волков, на деле не работает: дела о причинении пациентам вреда средней тяжести крайне редко доходят до суда. Вопрос об ответственности врачей за непрофессионализм должен находиться в компетенции организаций, представляющих медицинское сообщество в целом, тогда как в России такие структуры находятся на зачаточной стадии формирования, — заявил заместитель директора Гематологического научного центра РАМН Валерий Савченко. Кроме того, обсуждать наказания для врачей можно лишь тогда, когда они обеспечены всем необходимым для выполнения своих профессиональных обязанностей, добавил Савченко.

Источник: Эхо Москвы

Начало на стр. 7 ↗

метрия нам ни разу помочь не смогла. Надо было срочно разработать механизм определения дозы поглощенной энергии по биологическим эффектам: количеству хромосомных поломок, времени и характеру изменений кожных покровов, динамике показателей крови. Поскольку человеческий вид в процессе эволюции не подвергался действию высоких доз ионизирующей радиации, ответ на лучевое повреждение оказался только дозозависимым. Два человека, стоявшие на одинаковом расстоянии от источника самопроизвольной цепной реакции, продемонстрируют одинаковые по срокам, по глубине изменения на коже, одинаковые кривые падения лимфоцитов, лейкоцитов, одинаковое число нарушенных хромосом в костном мозге и крови.

Все эти факты легли в основу созданной нашим коллективом системы биологической дозиметрии. Она определила весь дальнейший ход наших работ по диагностике и лечению острой лучевой болезни. Биологическая дозиметрия сыграла выдающуюся роль во время Чернобыльской катастрофы. Лучевые аварии отсняли на киноплёнку. Сейчас у нас хранятся фильмы по острой лучевой болезни, которые позволяют при необходимости в считанные часы обучить персонал и диагностике, и лечению этой редкой патологии, которая внезапно может оказаться массовой. (Так и было во время Чернобыля.)

Прямых учеников Иосифа Абрамовича Кассирского, участвовавших в этой работе я уже назвал. Но, конечно, успех дела решил весь большой коллектив нашего клинического отдела, работы наших предшественников, которые ежедневные анализы крови больных из аварий предыдущих лет педантично записывали, сохраняли мазки крови и костного мозга.

Вот их имена (кого забыл, прошу меня простить — много лет прошло): Валентин Александрович Иванов, Иван Семенович Глазунов, Евгений Кириллович Пяткин, Елена Васильевна Домрачева, Антонина Ивановна Колесникова, Георгий Дмитриевич Селидовкин, Зинаида Александровна Коробченко, Алла Ефимовна Мельникова, Леонид Иванович Дворецкий, Нина Алексеевна Вялова, Людмила Аркадьевна Суворова, Галина Николаевна Гастева, Нина Сергеевна Лощинина, Алексей Иванович Шорохов, Раиса Давыдовна Друтман, Валерия Никодимовна Покровская, Игорь Иванович Сусков, Ада Анатольевна Гордеева, Глеб Петрович Груздев, Галина Васильевна Черняк, Клара Петровна Гаврилова.

Могут, конечно, спросить: «При чем тут Кассирский, когда речь идет об Институте биофизики»? А вот при чем. Чтобы расшифровать динамику крови при острой лучевой болезни, увидеть закономерность там, где ее никто не видел, надо самому врачу, лечащему врачу, сопоставлять картину крови (не цифры, а картину) со всем состоянием больного. Тут нужна была школа морфологов-клиницистов. Конечно, по приходе в Институт Биофизики мы создали курсы усовершенствования для врачей-радиологов Медсанчастей, — некое подобие кафедры. Конечно, каждое утро проводили конференции приема дежурств. Все интереснейшие детали острой лучевой болезни, были прояснены на этих коллективных разборах.

Почему же Воробьев на кафедру вернулся другим? В Институте биофизики было сформулировано понятие о цитостатической болезни, как о комплексе множественных, дозозависимых нарушений, прежде всего в тканях и органах, состоящих из делящихся клеток. Зная дозу повреждающего фактора, можно предсказать и сроки, и тяжесть поражения. В таких условиях работа персонала обретает строго регламентированный характер. В заранее рассчитанное время больные должны помещаться в асептические условия. В это время заместительная терапия обеспечивается компонентами крови (тромбоцитами, прежде всего). Антибиотическая терапия также должна быть спланирована заранее. Дисциплинированность персонала такого отделения разительно отличалась от работы в обычном терапевтическом стационаре.

Кроме того, в 1972 году мы узнали, что острый лимфобластный лейкоз детей стал излечим: работы Ж. Бернара (Франция), Д. Пинкеля, Рея, Аура, Д. Холланда и др. (США). Первых больных нашей страны мы вылечили в клинике Института биофизики. Такие же результаты были вскоре получены в Петрозаводске Иридием Михайловичем Менделеевым. (В 1969 или 1970 году, будучи в Париже я встретился с Жаном Бернаром, который между прочим сказал, что они надеются добиваться выздоровления примерно 50% детей больных острым лимфобластным лейкозом. Не поверив ни одному его слову, я даже не поинтересовался деталями программы. Мы все свято верили, что лейкоз неизлечим. Приехав в Москву, рассказал всё Иосифу Абрамовичу — публикаций еще не было! — и мы оба решили, что Бернар прихвастнул. Стыдно, но — не вернешь).

На кафедре сразу стали делать изоляторы с асептическими условиями. Освоили аутологичную трансплантацию стволовых клеток (Михаил Жерайрович Алексанян, Вячеслав Владимирович Рыжко). Два молодых сотрудника - Валерий Григорьевич Савченко и Александр Николаевич Смирнов отправились в Германию знакомится с аллогенной трансплантацией костного мозга (в Институте биофизики мы трансплантацией занимались). Позже В.Г. Савченко поедет на три месяца в Сиэтл в американский центр трансплантации костного мозга. Теперь Валерий Григорьевич Савченко — член-корреспондент Российской академии медицинских наук, директор Института молекулярной гематологии и трансплантации костного мозга ГНЦ РАМН.

Молодой реаниматолог больницы — Владимир Матвеевич Городецкий (заставший Иосифа Абрамовича) начал попытки лечения септического шока, постоянного «гостя» нашей тяжелой цитостатической терапии. Теперь он будучи Директором Института переливания крови им. А.А. Богданова ГНЦ РАМН, возглавляет реанимационную и трансфузиологическую службы Центра. Первые результаты были скверные — 100% летальность. Но постепенно появились успехи. Шаг за шагом лечение лейкозов, лимфогранулематоза (работы Марины Давыдовны Бриллиант и Надежды Трофимовны Фокиной) все более затягивало кафедру в проблемы интенсивной терапии.

В 1986 году прогремела Чернобыльская катастрофа. Наше участие там описано в книге (совместно с младшим сыном — Павлом) «До и после Чернобыля». Сотрудники кафедры — М.Д. Бриллиант (она вернулась на кафедру), А.Н. Смирнов, В.Г. Савченко, Е.В. Домрачева активно включились в оказание помощи пострадавшим.

Осенью 1987 года (я тогда уже стал академиком Академии медицинских наук) вызвал меня министр здравоохранения Евгений Иванович Чазов (дельным был министром) и предложил стать директором (не бросая кафедры) Центрального ордена Ленина института гематологии и переливания крови. Обстановка в институте сложилась скверная. Директор — Анатолий Григорьевич Федотенков был не очень здоров и не выдерживал противостояния с парткомом. К моменту нашего разговора с Е.И. Чазовым он подал 20 заявлений с просьбой освободить его от этой ноши.

Пришел в институт. Он был мне хорошо знаком. Еще в 1956—58 годах делал там значительную часть своей кандидатской диссертации по патологии красной крови. Мне — беспартийному директору — секретарь парткома попытался разъяснить, что «Партия, это Вам не хухры-мухры». Уточнить, что это значит, я не стал. Но предупредил, что административного единоначалия никто не отменял, что за расстановку кадров отвечаю лично я, никаких попыток смещать старых заслуженных ученых не допущу, что вся тематика в институте — несекретная (под совершенно необоснованным грифом секретности делали перфторан — плохой). Анонимки просил писать только на меня, так как междусобойные разборки такого рода в непрочитанном виде пойдут в урну. Несогласные покинули институт. За 20 лет — ни одной анонимки. Хороших людей всегда больше. Выровнялась обстановка. Каждое утро, как это было у

Продолжение на стр. 9 ↗



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов

ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД

2007 г.

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

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

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации. Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии

Тел/факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

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

Начало на стр. 7, 8

Иосифа Абрамовича, стал принимать доклад дежурных врачей — терапевтов и хирургов. Удивительную роль играют эти утренние конференции. Мало того, что панорама институтского стационара проходит у всех перед глазами. Врачи становятся ближе и к лабораториям, и друг к другу, формируется единый коллектив. Институт переименовали в «Гематологический научный центр», а когда в 1991 году я стал министром здравоохранения РФ, перевел его из подчинения Минздрава в Академию медицинских наук. Этот важнейший шаг надо было сделать, так как после ельцинского переворота и ликвидации СССР началось истребление науки в стране. Сохраниться можно было только под крылом Академии.

Тем не менее, в труднейшие годы развала мы увеличили коечность института сначала вдвое, а теперь — втрое (со 100 до 300), закончили строительство 9-этажного корпуса, надстроили 2 этажа над старым корпусом, заменив в клинике деревянные перекрытия на железобетонные (не оставившая работы стационара). Открыли два новых терапевтических отделения, а также ортопедическое для больных гемофилией, взяв на себя всех московских больных гемофилией (кроме маленьких детей) — от помощи на дому днем и ночью до любой хирургической, нефрологического отделения (гемодиализ, трансплантация почки), мощное реанимационное отделение, отделение трансплантации костного мозга, массу новых лабораторий. Но, самое главное, вокруг большого дела сформировался настоящий коллектив врачей, научных работников — молодых энтузиастов. Можно придти в ординаторскую и в 6 вечера, и в 8 — полно врачей. Правда, основной состав — из «провинции». Москвичей почти нет. Жаль, конечно. Но, говорят, чуть не 80% выпускников московских мед. институтов уходят куда угодно, но не во врачи.

Хотя на утренних конференциях имя Кассирского (и Г.А. Алексеева, и Д.А. Левиной, и Д.С. Коган-Альгаузен) звучат достаточно часто, есть и прямая передача эстафеты. В 1990 году по инициативе уже тяжело больной Марины Давыдовны Бриллиант в институте было открыто терапевтическое отделение со странным названием «Гематологии и интенсивной терапии» (в обиходе — ГИИТ). Сострудница больницы МПС, где была наша кафедра, Александра Михайловна Кременецкая (она застала Иосифа Абрамовича) возглавила отделение. Начинала в помещении со шербатыми деревянными полами, общими туалетами, при 5–6-местных палатах. Сейчас больные — в палатах одноместных, оборудованных полноценным санузлом с душем. Но самым первым приобретением Александры Михайловны были 3 микроскопа. С тех пор дух Кассирского материализовался там. Все врачи смотрят с одинаковым успехом и мазочки, и гистологические препараты. («Потомки» хорошо помнят, что основатель советской гематологии — А.Н. Крюков докторскую диссертацию делал на кафедре патологической анатомии МГУ у В.Н. Никифорова.) Отделение «ушло» в патологию лимфатической системы: лимфосаркомы, лимфоцитомы, лимфатические лейкозы... А тут без гистологии, иммуногистохимии — ни шагу. «Покушение» на сопредельную территорию лабораторий, да еще при том и разных, прошло безболезненно. Сегодня уже никого не удивляет возможность сомнений ординатора первого года в правильности оценки клоноальности (по легким цепям) лимфатического скопления в трепанате костного мозга. Изменение уже написанного морфологического заключения после коллективного просмотра и обсуждения никого не коробит. Прямые научные «внуки» и «правнуки» Иосифа Абрамовича смело входят в жизнь. Их «отцы» и «мамы» прошли этап Крюковских времен, когда надо было не раз напоминать его слова по поводу толстых препаратов: «Вашим препаратам место в сортире». Это уже звучало в порядке старого анекдота, где обиды сменил смех, но помогло перейти на 4–5-микронные срезы.

Ну, а результат? «Анализ и синтез!» — призывал И.А. Кассирский. Постепенно в отделении сложился костяк (С.К. Кравченко, А.М. Кременецкая, Т.Н. Моисеева, О.В. Марголин, Д.С. Марьин, Е.Е. Звонков, А.У. Магомедова, Е.А. Барях, А.В. Губкин, Ю.Ю. Лорие, Ю.Э. Виноградова...), на сборах которого горячо и бурно, но скрупулезно анализировались клинико-морфологические данные каждого сложного больного, отрабатывались протоколы исследования, критерии диагноза по нозологическим формам. Анализ эффективности лечения по международным «золотым стандартам» показал катастрофические результаты. Синтез — мы испробовали в качестве терапии I линии различные схемы ПХТ, и, наконец, рискнули применить многокомпонентную детскую схему NHL BFM-90, в различных модификациях для взрослых с разной патологией. Результат оказался «сногшибательным». Есть такое понятие в международной классификации: «диффузная В-крупноклеточная лимфома» (ДБККЛ). Никогда мы не путали лимфом и лимфосарком. И бог с ней, с «международной». Но, сколько себя помним, во-первых, в наших классификациях никогда гематосаркома не именовалась в отрыве от локализации, во-вторых, конечно, мы никогда не использовали аморфные обобщающие названия там, где природу опухоли — доброкачественной или злокачественной — знали. Лимфома (лимфоцитомы) селезенки — это одна опухоль, одна из самых доброкачественных, а лимфосаркома селезенки — совсем другое дело. Вот — из руково-

дства И.А. Кассирского и Г.А. Алексеева (текст — Кассирского) «...нам пришлось наблюдать огромные узловатые формы среднеклеточной ретикулосаркомы селезенки с генерализацией по лимфатическим узлам шеи и подмышечных впадин». В одной фразе описана отдельная форма болезни с характерной внешностью и зоной метастазирования (на путаницу терминов «лимфосаркома» «ретикулосаркома», между которыми И.А. Кассирский разницы не видел, обращать внимания не надо). Сегодня в отделении (работа А.У. Магомедовой) из 17 больных с этой локализацией опухоли здоровы 17, при условии спленэктомии и последующей полихимиотерапии (СНОР — при отсутствии отягощающих факторов, или — модифицированные «блоки», при наличии таковых).

В работе того же автора: из 36 больных с локализованным поражением лимфоузлов здоровы все, при генерализованном поражении из 76 здоровы 54 (на «блоках» вместо нуля но СНОР).

Топическая привязка лимфосарком, доставшаяся нам в наследство от 20-х годов отечественной гематологии, сыграла решающую роль в выборе программ химиотерапии и получении удивительных результатов. Материалы ГИИТ: из 18 больных лимфосаркомой желудка здоровы 18, из 6 — лимфосаркомой толстой кишки — 5 живы (Е.Е. Звонков), из 18 больных лимфосаркомой средостения — здоровы 18 (на программах «модифицированные блоки» — Я.К. Волкова), из 30 больных лимфомой Бёркитта здоровы 30 (модифицированные блоки, материал Е.А. Барях, доложено в Уганде на заседании, посвященном 50-летию открытия Бёркиттом этой опухоли).

Вместе с тем выявились совершенно необычные характеристики этой группы опухолей. Если больных лечить по произвольным программам, ремиссии возможны, но возникают с высокой частотой рецидивы, которые оказываются устойчивыми ко всем высокодозным программам. Поэтому стойкой ремиссии надо добиваться уже при первом цикле химиотерапевтических программ, ничего не оставляя в «резерве», так как резерва нет. Если при поражении лимфоузлов, даже не очень большом, вовлеченным в опухолевый процесс оказывается и костный мозг, процент выздоровлений вместо 70–100 падает до 10–20. Лимфосаркома селезенки требует обязательной спленэктомии. Лимфосаркомы желудка, толстой и тонкой кишок, напротив удалять не надо, так как операция калечит больного ухудшает условия для химиотерапии. Предлеченная не по программе (вместо рекомендуемых нами модифицированных «блоков», проводят СНОР и подобные схемы!) лимфома Беркитта дает некурабельные рецидивы. Врачи ГИИТ, а показали, что гистологические и цитологические отличия лимфомы Беркитта от ДБККЛ являются ненадежными, поэтому для дифференциации этих форм нужен обязательный кариологический анализ (Е.В. Домрачева, Т.Н. Обухова). «Игра стоит свеч»: при правильной диагностике удается получать частоту выздоровлений, близкую к 100%.

Конечно, приведенные результаты опираются на мощнейшее обеспечение сопроводительной терапии. В реанимацию попадает каждый десятый больной, на временный гемодиализ — каждый пятнадцатый.

Многие забыли, а ведь начало нашей терапевтической реанимации тоже связано с Иосифом Абрамовичем. Когда у него произошел разрыв желудка, и он оказался в НИИ им. Склифосовского кафедральная молодежь организовала свою бригаду круглосуточного лечения. Многие крупные профессора по части прогноза высказывались весьма скептически. Конечно, тогда мы мало что умели. Но погибнуть от повторяющегося внутреннего кровотечения, которое определялось только по чувству сухости во рту, тахикардии, падению артериального давления, мы не давали. После выздоровления Иосиф Абрамович назвал эту группу врачей «Бригада спасения». Это крылатое выражение запомнилось. Нашим программам интенсивной полихимиотерапии места бы не нашлось без той терапевтической, гематологической реанимации, которую создавал Владимир Матвеевич Городецкий, в чем-то опираясь на рассказы о той болезни нашего «шефа».

Но у этой проделанной работы есть и еще одно, сегодня очень важное качество. Она полностью оторвана от подражательства. За последние годы именно здесь мы почувствовали вкус к той самостоятельности, которая всегда была свойственна советской науке, в частности, школе Крюкова-Кассирского. Разве можно представить себе «Рефлексы головного мозга» Ивана Михайловича Сеченова, или «Очерки гнойной хирургии» Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, бесконечными выдержками работ разных авторов, даже без намека на самостоятельные мысли. И.А. Кассирский писал свое руководство, часто — и статьи так: сначала напишет то, что пришло в его голову, то, что он увидел нового, ранее неведомого. А потом просил сотрудников «расставить авторов». Часто при этом перечислялись все, кто что-нибудь по обсуждаемому поводу где-то писал, говорил. Иосиф Абрамович о списывателях, «первых — вторых авторах», посмеиваясь говорил: «У них наука от слова на ухо, что услышат на последнем конгрессе, то и напишут».

Вот, что может доложить из реализации наследия Кассирского его школа: его «дети», «внуки» и «правнуки». Они в 2007 году «отчитались» в содеянном «Атласом опухолей лимфатической системы», а еще раньше — «Руководством по гематологии» (5 изданий), посвященных памяти учителя.

ИнтерНьюс

Эпилептикам разослали спам, вызывающий припадки

Посетители интернет-форума американской некоммерческой организации [Epilepsy Foundation](#) получили электронные письма с графическими файлами, способными спровоцировать эпилептический припадок. Первая рассылка сообщений, содержащих графический файл — переливающиеся яркими цветами геометрические фигуры состоялась 22 марта. Быстрая смена цвета и яркости изображения может спровоцировать припадки или сильные головные боли у пациентов с фотосенситивной эпилепсией. На следующий день злоумышленники изменили тактику, поместив ссылки на сайт с аналогичными изображениями на форуме [Epilepsy Foundation](#). По данным администрации форума, действия организаторов рассылки спровоцировали эпилептические приступы у нескольких пользователей. Точное число пострадавших остается неизвестным, так как многие пациенты пока не успели сообщить о произошедшем. Основным подозреваемым в организации рассылки на данный момент является сообщество сетевых хулиганов [Anonymous](#), известное своими кампаниями против сайтов Церкви Саентологии. Впрочем, заявление, размещенное на сайте [Anonymous 7chan.org](#), категорически отрицает какую-либо связь сообщества с данным инцидентом. Авторы заявления называют произошедшее провокацией, организованной саентологами с целью дискредитации [Anonymous](#).

Источник: [medportal.ru](#)

Учёные нашли рецепт счастья

Психолог Э. Данн из университета Британской Колумбии задала 630 американцам 3 простых вопроса и выяснила, как нужно потратить деньги, чтобы стать счастливым: Сколько денег вы получаете за год? Как вы тратите свои деньги? Насколько вы счастливы? Оказалось, что чем больше люди тратят на своих родственников, друзей и благотворительность, тем они счастливее. Учёным уже давно известно, что счастье и деньги идут по жизни рядом. Так, в среднем, чем больше человек получает, тем он счастливее (но это не всегда верно среди людей, которые зарабатывают больше, чем им нужно на самое необходимое). В данном исследовании выяснилось, что около 10% ежемесячного бюджета опрошенных уходит на так называемые «социальные траты»: подарки близким и знакомым, а также различные благотворительные взносы. Общий уровень трат никак не совпал с уровнем «счастья», а вот «просоциальные траты» вполне ему соответствовали. Потраченный на других доллар соответствовал по весомости одному дополнительному доллару зарплаты. Во 2-й стадии эксперимента учёные сравнили, насколько счастливы были 16 человек из крупной бостонской компании до и после получения бонуса по участию в прибыли предприятия (от 3 до 8 тысяч долларов). Потом исследователи узнали у них, какую часть внезапного дополнительного заработка они потратили на других людей. И вновь оказалось, что счастливее были те, кто большую часть бонуса «подарил» другим. Чтобы развеять последние сомнения, Данн провела 3 опроса. Она решила узнать, что первично: счастливые люди тратят на друзей больше денег, или всё-таки они счастливы из-за того, что потратились. Для чистоты эксперимента однажды утром психологи раздали 46 студентам колледжа конверты с 2- и 20-тидолларовыми банкнотами и предложили потратить деньги либо на себя, либо на своих друзей. Конечно же, вторые были счастливее. Уровень удовлетворённости не зависел от количества выданных и потраченных денег. «Мы не говорим о таких представителях рода человеческого, как Билл Гейтс, который тратит на благотворительность миллионы, — отмечает Элизабет. — Каждый может «отдать» немного денег другому и стать чуточку счастливее». Странно, но по данным Центра благотворительности университета Индианы ([Center on Philanthropy, Indiana University](#)), среди менее обеспеченных и даже бедствующих людей благотворительность гораздо более распространена, чем среди богачей. Будто чем больше денег человек получает, тем больше он их бережёт. В любом случае не ясно, что бедняки при этом чувствуют. Так или иначе, другие национальные опросы свидетельствуют о том, что добровольные пожертвования — отнюдь не самый важный фактор, который бы определял счастье американца. Что уж говорить о других странах.

Источник: [MEMBRANA](#)

ИнтерНьюс

Почему пожилые так любят «Скорую»

Доктором В. Салеевым изучены социальные и психологические причины высокой обращаемости гериатрических больных к скорой медицинской помощи. Проанализирован опыт работы отделения скорой медицинской помощи Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн. В 2005 г. там состояло под наблюдением 5265 пациентов старше 60 лет, число обращений к скорой медицинской помощи за год составило 6586 вызовов. Обращаемость на 1000 населения составила 1250,1 вызова, в 3,9 выше планово-нормативного (318 обращений в год на 1000 населения), что условно можно назвать высокой. В течение года к службе скорой помощи больницы из них обратились 2598 человек, т. е. менее половины из состоящих на учете больных старше 60 лет. Особый интерес представили больные, которые обращались в течение года более 10 раз (0,74% всех пожилых пациентов, состоявших на медицинском учете). В течение года число обращений этих больных составило 609 (8,1%). Эту обращаемость можно условно считать «сверхвысокой», т. к. она превышает норматив во много раз. Особенно часто обращались к скорой помощи пациенты 80—84 лет (приблизительно в 1,8 раз чаще по сравнению с пациентами 75—79 и 85—89 лет). Неотложные медицинские мероприятия потребовались лишь в 147 (24,2%) случаях обращения одиноко проживающих пожилых больных к скорой помощи. В остальных случаях были необходимы плановое лечение в поликлинике, соответствующая психологическая коррекция и поддержка.

Источник: Клиническая геронтология, 2008 № 1

Основные доноры в столице — студенты

Об сообщил заведующий выездным отделом филиала Станции переливания крови департамента здравоохранения Москвы Виктор Григоренко. «С предприятиями ситуация обстоит хуже, крупных предприятий мало, многие из них акционированы и не так охотно идут нам навстречу». По его словам, большинство московских вузов активно сотрудничает со Станцией переливания крови, и «Дни донора» распланы на год вперед. Заместитель главного врача по медицинской работе Станции в филиале «Царицыно» Алла Одинцова отметила, что в вузах во время «Дня донора» кровь сдается безвозмездно. «Студенты получают 300 рублей на питание и справку, которая дает право на два выходных дня. Некоторые вузы сами доплачивают своим студентам-донорам, но это зависит от политики учебного заведения», — сказала она. Одинцова добавила, что возраст доноров в последнее время значительно снизился. «Если раньше мы говорили о том, что в основном кровь сдают люди до 40 лет, то теперь мы имеем дело с более молодым контингентом — донорами чаще становятся люди до 30—35 лет. Но по-прежнему большинство добровольцев предпочитает сдавать кровь за денежное вознаграждение», — рассказала Одинцова. Денежное вознаграждение составляет 607 рублей — за кровь и 1 тысячу 276 рублей — за плазму. Люди, сдавшие кровь бесплатно 40 раз и более или плазму 60 и более раз, становятся «Почетными донорами России», что дает им право на ежегодную денежную выплату в размере 6 тысяч 420 рублей. Одна из мер социальной поддержки доноров — 2 оплачиваемых выходных, которые им обязан предоставить работодатель: день сдачи крови и любой другой день в течение календарного года после сдачи.

Источник: MIGnews.com

Британские врачи вернули зрение ирландскому рабочему, пересадив ему в глаз зуб и фрагменты челюстной кости, взятые у его сына

Боб МакНикол, 57-летний отец восьмерых детей, лишился зрения 2 года назад, в результате травмы, полученных при аварии на заводе: ему в лицо ударила струя расплавленного алюминия. Редкую операцию — остеодонтокератопротезирование провели специалисты из Офтальмологической клиники Сассекса в Брайтоне. Суть операции заключается в установке протеза роговицы, крепящегося к пластинке, изготовленной из ткани зуба и фрагмента челюстной кости. Клык и фрагмент кости для изготовления протеза согласился пожертвовать 23-летний сын МакНикола. Операция на правом глазу пациента проводилась в два этапа с интервалом в несколько месяцев. Первый этап занял 10 часов, второй — около 5. Левый глаз врачи оперировать отказались, поскольку они слишком сильно пострадал в результате травмы. Операция привела к частичному восстановлению зрения: сейчас МакНикол способен передвигаться без помощи трости, самостоятельно обслуживать себя и даже смотреть телевизор. Техника остеодонтокератопротезирования была предложена в 60-е годы прошлого века итальянским хирургом Бенедетто Стрампелли. Впоследствии методика Стрампелли была доработана его учениками. Из-за повышенной сложности такие операции проводятся лишь в нескольких медицинских центрах во всем мире.

Источник: MedPortal

О «Советской модели» диспансеризации

Диспансеризация как вид медицинской практики была придумана в годы строительства «советской модели» здравоохранения. Тогда московские диспансеризаторы осматривали десятки тысяч работников, записывая результаты осмотров в толстые тетрадки. Руководителям здравоохранения они обещали, что после диспансеризации лечение пойдет так быстро и успешно, что резко сократятся расходы на лекарства. Конечно, никакой пользы от такой диспансеризации не было и не могло быть.

Насколько продумана методика диспансеризации в 2008—2009?

В.В. Власов, К.Д. Данишевский,

Общество специалистов доказательной медицины

Следующий этап истории связан с позднесоветским опытом всенародной диспансеризации, из которой, как известно, ничего не вышло. Сегодня хорошо известно, что главный вред профилактических обследований возникает в результате проведения лечебных вмешательств людям, которые в другом случае (без профилактического обследования) жили бы себе, не знали про свои «болезни» и не умерли бы от лечения. Надежно установлено, что следует выявлять только те болезни (состояния), польза от выявления которых превышает наносимый вред.

К сожалению, идея диспансеризации в предложенном Минздравсоцразвития виде спорна даже с точки зрения логики.

1). Визиты здоровых людей к узким специалистам гарантированно приведут к гипердиагностике и в итоге к ненужному лечению множества «болезней» множеством лекарств с соответствующими гигантскими расходами, нагрузкой на систему здравоохранения, вредом от ненужных вмешательств.

2). Если программа диспансеризации будет действительно проводиться в жизнь, это нанесет тяжкий урон экономике страны. Страшно подумать: при такой методике уйдет минимум 1 рабочий день на человека (в действительности с учетом анализов и рентгенографии и проч. — 2—3 дня!). Учитывая, что у нас примерно 90 миллионов людей трудоспособного возраста, минус инвалиды и безработные, то придется примерно обследовать 75 миллионов. В масштабе страны будет потеряно такое же количество рабочих дней, как будто у нас одновременно на год из трудовых рядов выпало 320 тысяч человек. А это 55 миллиардов рублей изъятых из ВВП. Этот убыток добавится к примерно 90 миллиардам рублей, затрачиваемым на программу диспансеризации напрямую, только через доплаты врачам. А ведь есть еще расходы на анализы, бумагу и прочее. Таким образом, за 2 года прямые и косвенные экономические потери составят более 10 миллиардов долларов США. Законен вопрос: что же мы, налогоплательщики, получим за эти деньги, кроме десятков миллионов баночек с мочой?

Есть принципы

Существуют вполне общепринятые в мире критерии Wilson-Jungner для определения целесообразности реализации программ ранней диагностики (скрининга):

1. Состояние, на которое нацелена программа, должно быть важной проблемой здоровья.
2. Развитие болезни должно быть хорошо изученным.
3. У болезни должна быть ранняя стадия, которую можно выявить.
4. Вмешательство на ранней стадии болезни должно быть более эффективно, чем на поздних.
5. Должен быть доступен диагностический тест для выявления болезни на ранней стадии.
6. Тест для выявления болезни на ранней стадии должен быть приемлемым для здоровых людей.
7. Должны быть обоснованы интервалы между повторными обследованиями.
8. Должны быть обеспечены дополнительные диагностические и лечебные вмешательства, потребность в которых возникает в результате выявления признаков заболевания на основании скрининга.

9. Физический и психологический вред должны быть меньше, чем польза от программы.

10. Стоимость программы в отношении к ее пользе должна быть не выше, чем у прочих медицинских вмешательств (программ)

Несоответствие хотя бы одному критерию делает внедрение программы скрининга сомнительным предприятием. Диспансеризация, в российском понимании, является «скринингом всех на все» — именно так можно понимать «осмотр офтальмолога» или эндокринолога, другого специалиста. О каких уж тут критериях эффективности можно говорить.

Проведение крупных и дорогих проектов заслуживает того, чтобы выдерживать все фазы реализации проекта. Необходимые этапы:

- 1) адекватного планирования (включая обзор проводившихся по тематике исследований, оценка ожиданий и пожеланий граждан),
- 2) претестирования или пилотный проект,
- 3) мониторинг реализации,
- 4) независимая оценка программы.

Диспансеризация уже шла в двадцатые годы, шла в восьмидесятые, проводили ее уже и в нашем веке для детей, однако независимой оценки результатов не проводилось. Лишь для «детской диспансеризации» мы знаем о скандальном отсутствии хоть каких-то результатов, за исключением вывода о том, что «дети совсем больные». Не было опубликовано результатов независимых исследований, продемонстрировавших каковы были польза и вред от программы в целом, и эффект на каждый вложенный рубль бюджетных средств. Нижеприводимые данные демонстрируют, что адекватное планирование также не было выполнено.

Продолжение на стр. 11 ↗



Уважаемые господа!

Со второго полугодия 2008 года Издательство НЬЮДИАМЕД начинает выпуск нового журнала **КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА**

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

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

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

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 70182.

2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Бланк-заказ на подписку журнала на второе полугодие 2008 г. в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	2 полугодие	
		Номера журнала	
		3	4
		Цена одного номера в руб.	
		350	350
		ИТОГО (впишите сумму):	
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.			

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии.

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

E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspor.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

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

Начало на стр. 10 ↗

Таблица 1. Планируемые и не планирующиеся вмешательства и оценка их эффективности.

Название теста	Наличие доказательств эффективности, по результатам международных исследований	Заключение
ОСНОВНЫЕ, РЕГЛАМЕНТИРОВАННЫЕ ПРИКАЗОМ МЗСР		
Клинический анализ крови	Вообще не понятно, какие заболевания пытаются выявить. Анемию? Доказательств эффективности нет, да и достаточно для этого одного гемоглобина.	Не делать
Клинический анализ мочи	Это даже смешно комментировать, любой доктор знает, что бессмысленно уже по условиям и характеру исполнения этого анализа, посему молчим о его потенциальной бесполезности.	Не делать
Исследование уровня холестерина крови	Эффективный метод скрининга, особенно у людей с семейной историей сердечно-сосудистых заболеваний. В некоторых странах рекомендуется всем с 20 лет. Рекомендуется примерно раз в пять лет. После выявления нарушения, хотелось бы понять, будет ли назначаться медикаментозное лечение и за чей счет?	Уточнить, что делать с теми у кого повышен холестерин
Исследование уровня сахара крови	Диабет первого типа возникает у детей и имеет ясную клиническую картину. Диабет второго типа высоко распространен (5–10%) среди взрослых и часто протекает бессимптомно на ранних стадиях. Не существует доказательств, что начало лечения на бессимптомных стадиях улучшает прогноз. Рекомендация в большинстве развитых стран — оппортунистическое тестирование крови, особенно людей из групп риска.	Делать, при наличии факторов риска, например ожирении, семейной истории диабета
Электрокардиография	Не должна делаться здоровым людям. Непонятно, какое заболевание ищут таким образом и с какой целью.	Не делать
Флюорография (1 раз в 2 года)	Оправдана только в группах риска. Детальный отчет есть на сайте osdm.org. Вкратце, метод имеет крайне низкую чувствительность и специфичность и при этом дорог. Туберкулез в основном развивается стремительно и имеет выраженную клиническую картину, при которой должны применяться лабораторные методы диагностики и полноразмерные рентгеновский снимки в качестве дополнительного метода. Рак, выявленный при флюорографии, не лечится существенно лучше, чем выявленный по жалобам.	Сузить контингент, использовать лабораторный метод, в регионах где есть адекватные лаборатории
Маммография (после 40 лет, 1 раз в 2 года)	Метод прекрасно исследован. На 2000 женщин в возрасте от 50 до 70 лет, ежегодно в течение 10 лет (напомню, что пенсионный возраст женщин в России 55 лет) подвергаемых скринингу, у одной будет действительно улучшен прогноз. Одновременно у десяти женщин будет ложно заподозрен рак молочной железы, в результате чего они будут подвергнуты дополнительным исследованиям и операциям, облучениям. В возрасте 40–50 лет польза крайне мала, она почти не обнаруживается в исследованиях. В настоящий момент рекомендация: объяснять вышесказанное женщинам и пусть сами решают.	Делать, по информированному согласию женщин
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ, РЕГЛАМЕНТИРОВАННЫЕ ПРИКАЗОМ МЗСР		
Уровень холестерина липопротеидов низкой плотности сыворотки крови	Ничего плохого в том, что будут делать развернутый анализ липидов крови, конечно, нет. Остается вопрос о том, что будет делаться дальше в случае обнаружения повышенного риска атеросклероза.*	Уточнить, что делать в случае выявления
Уровень триглицеридов сыворотки крови		
Онкомаркер специфический СА-125 (женщинам после 40 лет)	Хороший диагностический маркер, но весьма неспецифичен (часты ложно положительные результаты). В качестве скринингового метода применяться не может.	Не делать
Онкомаркер специфический PSI (мужчинам после 40 лет)	Вопрос изучается, через несколько лет будут результаты двух крупных исследований. В настоящий момент нет доказательств эффективности, равно как и нет данных по преимуществам трех вариантов скрининга (определения PSI, ректальное пальцевое и ультразвуковое (TRUS) исследование).	Не делать
В ПРИКАЗЕ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОТСУТСТВУЮТ		
Уточнение наличия поведенческих факторов риска, с последующей коррекцией	Курение убивает в России более 350 тысяч человек ежегодно, злоупотребление алкоголем 430. Бремя неправильного питания, гиподинамии, ожирения также весьма велико (хотя и меньше, по сравнению с предыдущими факторами) и растет. Отказ от курения возможен: примерно 3/4 курящих хотят бросить курить, до 16% могут сделать это в течение года с медицинской помощью (примерно 3–4% без помощи). Существуют относительно эффективные и крайне дешевые методы помочь человеку контролировать потребление алкоголя, скорректировать образ жизни.	Сделать основой диспансеризации
Мазок Папаниколау — скрининг на рак шейки матки	Самый дешевый и эффективный метод скрининга из существующих. Способен снизить смертность от рака шейки матки на 80–90%. Лет через 50, вероятно, будет менее значим в связи с появлением вакцины (если Минздрав перестанет осваивать средства и примет программу вакцинации от папилломавирусов). Пока в России этой вакцины нет, поэтому мазки нужны, нужно обеспечивать качество исследования.	Делать
Кровь в кале — первичный скрининг на рак толстой кишки	Может предотвратить каждый шестой случай смерти от рака толстой кишки.	Делать
Измерение артериального давления	Видимо подразумевается, что это будут делать терапевт и семейный врач. Однако это должно быть четко прописано, ибо если не прописать — то и у врачей, и у пациентов, создается впечатление, что это не важно. Опять же остается вопрос о том, кто и за какие средства будет лечить порядка 5 миллионов впервые выявленных гипертоников, половина из которых будет нуждаться в постоянной медикаментозной терапии.	Уточнить, что делать с обнаруженными случаями

* Примечание редакции. Это совсем не метод скрининга, а метод углубленной диагностики.

Обследуемый контингент

В первых же научных медицинских исследованиях здоровья работающего населения был описан «эффект здорового рабочего». Исследования, проводившиеся на крупных предприятиях, давали недостоверный для общества в целом результат потому, что люди, работающие на нормальной работе в организованных коллективах, болеют редко, а если начинают серьезно хворать, то оказываются безработными. Поиск заболеваний в группах с низкой их распространенностью — мероприятие невыгодное ни с клинической, ни с экономической точки зрения, если только целью не является освоение средств. Также большой вопрос — а если я не хочу проходить диспансеризацию, что тогда? Между тем, большинство здоровых людей и не хотят отрываться от работы непонятно на что.

В то же время, понятно, что организованные коллективы, таких, как военных и заключенных гораздо проще подвергать организованным мероприятиям. Однако, «искать надо там, где потерял, а не там где, светлее».

Кто будет проводить диспансеризацию?

«Диспансеризация проводится следующими врачами-специалистами: терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), акушером-гинекологом, неврологом, урологом (для мужского населения), хирургом, офтальмологом, эндокринологом»

Определенная, правда не окончательно подтвержденная, польза от более регулярных контактов с врачом общей практики возможна. Установлено, что если попасть на прием просто, то врач широкого профиля может а) узнать, есть ли жалобы, б) дать совет по коррекции управляемых факторов риска, в) измерить давление, взять кровь на холестерин, у людей постарше, и в случае повышенного уровня дать более настойчивые советы по изменению образа жизни и, при необходимости, назначить лекарственную терапию. Такая практика профилактических вмешательств называется «оппортунистической», т. е. вмешательство проводится при очередном (обычном) контакте с врачом по какому-либо поводу, например, при обращении за рецептом на очки. Также, имеют право на жизнь три метода скрининга на рак, о которых речь пойдет ниже.

Дальше возникают вопросы в отношении того, что именно и зачем будут искать врачи хирурги, урологи и, например, офтальмологи у здоровых людей... Нет заболеваний, эффективность скрининга на которые была бы научно доказана, и которые требовали бы работы данных специалистов. Нет сколь-нибудь часто встречающихся заболеваний, которые бы в условии отсутствия жалоб могли бы требовать осмотра врача — узкого специалиста. А про жалобы благо может спросить и врач общей практики.

Скрининговые тесты

Напомним, что тесты в рамках диспансеризации должны соответствовать вышеприведенным критериям Вилсона-Юнгера. Как показано в таблице 1 ниже, многие из тестов не соответствуют даже здравому смыслу. А наиболее эффективные методы раннего выявления заболеваний как раз отсутствуют в списке.

Вывод

Диспансеризация, в том виде, в котором она внедряется, является абсолютно неэффективным и затратным мероприятием и должна быть отменена или ее программа серьезно доработана.

Примечание. Авторы исходили из предположения, что программа диспансеризации объявлена для того, чтобы ее выполнять.

Дополнение — новости с Альбиона

В начале апреля Минздрав Великобритании объявил о том, что всем гражданам в возрасте от 40 до 75 лет будет предложено пройти профилактическое обследование, нацеленное на раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска. В программу включается только опрос о факторах риска, проживании в неблагоприятном по экономическим показателям районе, измерение массы тела, артериального давления и липидов крови.

Даже при этом предполагается, что программа будет стоить 250 млн фунтов в год (\$500 или 12 млрд рублей). Противников этой программы волнует то же, что и критиков русской диспансеризации:

1) Более 1/3 населения Великобритании попадают в этот возраст. Соответственно, на среднюю общеврачебную практику это будет 2000 человек, и это приведет к лишним 40 посещениям в неделю. Поскольку в Великобритании также люди стоят в очереди, ожидая приема, программа приведет к ухудшению доступности помощи.

2) Полезность этого мероприятия никак не доказана. Оппортунистический скрининг врачи проводят уже много лет.

Полезно сопоставить избранный англичанами возраст людей для скрининга, объем обследования, и предполагаемую стоимость с тем, что запланировал русский Минздрав.

В четверг, 15 мая 2008 г., в аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова состоится юбилейная 26-я годовичная конференция кафедры терапии и профболезней ММА им. И.М. Сеченова совместно с секциями нефрологии и иммунопатологии, профилактической медицины и профессиональных болезней МГНот

«Эстафета поколений»

Начало конференции — в 16.30
Программа конференции

Крячкова А.А.

Успешное лечение тяжелого тубулоинтерстициального нефрита как системного проявления болезни Шегрена.

Северова М.М.

Повторные тромбозы сосудов головного мозга, почек у больного с некомпактным миокардом левого желудочка.

Краснова М.С.

Интерферониндуцированный лекарственный саркоидоз.

Гайдашева Е.В.

Аутоиммунный гепатит с исходом в цирроз печени как внекишечное проявление целиакии.

Шталенкова В.В.

Редкое сочетание рецидивирующей крапивницы и доброкачественной моноклональной гаммапатии (Синдром Шницлер).

Савельева С.А.

Нодулярный гломерулосклероз у больной с СД 2 типа и комбинированной формой тромбофилии.

Цопанова З.Г.

Успешное лечение системной красной волчанки у 48-летнего мужчины с метаболическим синдромом.

Чернова О.А.

В-клеточная лимфома у больной с HCV-ассоциированной смешанной криоглобулинемией II типа.

Пулун А.А.

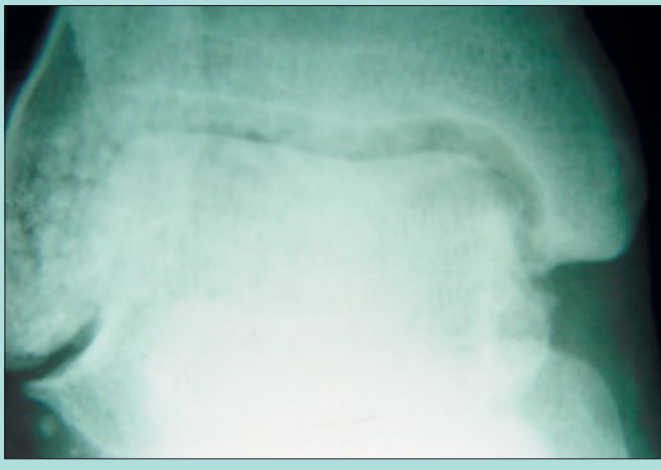
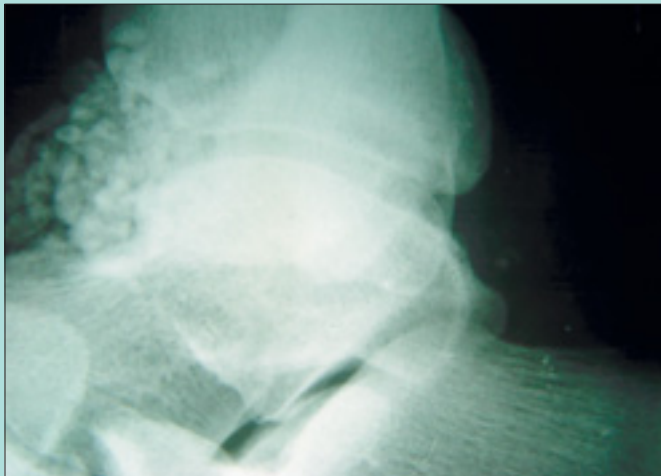
Острый коронарный синдром и почечная тромботическая микроангиопатия у молодого мужчины с гомозиготным носителем мутации гена PAI-1.

Внимание, конкурс!

Больной А. 38 лет, 4 года назад при игре в футбол травмировал правый голеностопный сустав. Болевой синдром разной степени выраженности сохраняется на протяжении всех 4 лет. После травмы проводилась физиотерапия на протяжении 1,5 месяцев с минимальным эффектом. В настоящее время при рентгенологическом исследовании получена представленная картина. Каков Ваш диагноз?

Участники конкурса, давшие правильные ответы, будут обязательно премированы.

Редакция газеты



Вестник МГНот (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., Буцкев 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., Зайратянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактусский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГKB № 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 МГНот обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «НьюДиамед» начало выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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

В журнале:

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

Главным объединяющим фактором является внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 19413.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие	
		Номера журнала			
		1	2	3	4
Цена одного номера в руб.					
		500	500	500	500
ИТОГО (впишите сумму):					

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

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГKB № 7, Издательство «НьюДиамед».

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

E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspor.ru.

В платёжном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

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

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

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

New! Под ред. Новодворской В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии. 2006 г., 154 с., м.о.

New! П.А. Воробьев. ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА. 2008 г., 80 стр., м.о.

New! Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА. 3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.

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

Андреев Ю.Н. МНОГОКЛЕТКАЯ ГЕМОФИЛИЯ. 2006 г., 232 с., тв. п.

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

Горохова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ. 2006 г., 51 с., м.о.

Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. 2006 г., 254 с., тв.п.

Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ. том 1, 2002 г., 440 с., тв.п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.

New! ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ». 2005 г., 76 с., м. о.

Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ. 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями). 2007 г., 1275 с. с ил., тв. п.

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

New! СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 2007 г., 430 с., тв. п.

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

В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ. 2004 г., 136 с., тв. п.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. 2004-2006 г. CD.

НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. 2004 г. CD.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ. 2004 г., 64 с., м. о.

П.А. Воробьев-Рыбоникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА. 2003 г., 228 с., тв. п.

СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. 2003 г. CD.

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

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

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

Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Крестинской АТЛАС. ОБУХОДЫ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ. 2007 г., 294 с. с ил., тв. п.

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

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

А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА. 1996 г., 189 с., м.о.