



Сегодня я буду говорить о тех проблемах, которые сейчас у нас перед глазами. Россия теряет около 900 тыс. людей в год, имея высокую смертность от излечимых болезней — «...без толку, зазря...». Очень часто мне говорят: «Андрей Иванович, это же политика», — а что не политика? Бывает ли сообщество интеллигентов, которое занимается какими-то проблемами без политики? Не бывает. Можно ли жить в вырождающейся стране? Если эта ситуация сохранится, мы будем оставаться сырьевым придатком развивающегося мира. Нефтяное проклятие нашей страны — это абсолютная реальность. Все страны, которые добывают нефть и газ, как правило, нищие, хотя бывали исключения.

Когда я работал в Кувейте, там за 15 лет до моего приезда было отменено рабство, и эмир спал на сундуке с золотом. Он не доверял банкам и все складывал в сундук, а сундук держал под кроватью. Однажды эмир понял, что это бессмыслица. Надо просто наградить своих граждан собственностью. И каждый кувейтянин имел некую часть от доходов нефтяных скважин, поэтому нищих там не могло быть. Там было абсолютно бесплатное образование, включая высшее за границей, бесплатная медицинская помощь, включая медикаменты при амбулаторной помощи и т. д.

Это некое волевое и не совсем обычное решение, но в остальном, если вам деньги текут из-под земли в карман, то работать не надо, думать — тем более. И вот мы попали в этот капкан. Но мы попали в него тогда, когда интеллект страны оказался довольно сильно развитым. У нас за плечами Л.Н. Толстой, С.П. Королев, А.Н. Туполев, и опуститься в пропасть бездумья нам органически невозможно.

Можно ли что-то сделать? Во-первых, я должен сказать, ничего не сваливается с неба, ничего. В истории нашей страны было время, когда власть говорила: «Никаких инородных языков». Инородными считались украинский, литовский и другие — их искореняли. Инородным считалась вера не в православного бога. Можно подумать, что бог имеет какую-то сектальную ориентацию, что есть православный, католический, исламский. Извините, все они древние еврейские, и бог один, это из Библии, она же Тора. Но власть нужно разделять и она этими разделениями находит себе какую-то опору для правления.

Следует сказать, что только под влиянием общественного мнения власть делится своими доходами. Так было 17 апреля 1905 года, когда все эти религиозно ограничивающие установления были наконец-то отменены, а товарищ Победоносцев убыл в отставку. Вы скажете: «Куда Вас потащило? Это же было 100 лет назад». А ведь это совсем недавно. Я лично хорошо знал сотрудников И.М. Сеченова, который умер 100 лет назад. Для меня Иван Михайлович почти как добрый знакомый. В его кабинете был кабинет моего отца, и я там регулярно бывал. А его прямой ученик Михаил Николаевич Шатерников мне лично помогал, а его лаборант Александр Степанович Степанов во время войны кормил меня собачьим мясом. Это было вчера. 100 лет — это почти сегодня.

Бурное развитие национальных культур началось под давлением общественного мнения. Давление — это нормальное взаимоотношение власти и общества. Давление есть норма поведения общества. Сколько лет мы с вами говорим, что надо развивать медицинскую промышленность. Мы находили слова, которые более или менее доходили до власти имущих. И вот в этом году уже было совещание в Курске, где было определено, что нужно развивать медицинскую промышленность, а не вкладывать деньги только в строительство дворцов вокруг столицы. В этом году Президент РФ Медведев Д.А. заявил, что стабилизационный фонд будет пущен на развитие нашей промышленности. Это под давлением общественного мнения власть делает шаги в нужном направлении. Повторюсь, это не противостояние, выдуманное властью и народом, власть и народ всегда противостоят — это структура власти. И надо понять, что когда власть кланется в верности народным интересам — это тоже норма.

...если вам деньги текут из-под земли в карман, то работать не надо, думать — тем более.

А вы заметили, что вы никогда и нигде об этом не читали? Успехи в лечении больных, успехи социального блока никогда не находят отражения в популярной печати. А в медицинской литературе — находят. Откуда это взялось?

Я услышал от Сороса: в России смертность родильниц в 8 раз превышает таковую в Европе. Для меня это был удар. Я побежал на работу и стал проверять, в чем же дело? Оказалось — элементарно: переливание цельной крови при кровотечении у родильниц. Акушеры-гинекологи не пишут, что смерть произошла от

лом — смертность родильниц снижена вдвое, а в Москве в 4 раза — до 15 на 100 тыс. живорожденных. Мы не можем выйти на международный уровень, т. к. не надо

сравнивать население Германии и нашей страны в связи с рассредоточенностью и удаленно-

стью от медицинских учреждений, где от места родов до места, где могут оказать помощь, иногда сотни километров, поэтому разница будет.

Если кто-то услышит в моих выпадах что-то против православной церкви, должен его огорчить: я с удовольствием читаю Библию и очень уважительно отношусь к этой высочайшей культуры книге. Но давайте не путать — есть попы, а есть религия. Попы — это слуги власти. Не забывайте, когда Петр пытал своих противников, последнее слово принадлежало попу. К измученному на дыбе человеку присылали попа, и если он каялся, то его казнили. А если не каялся, то тогда он не виновен. Поп все доносил в следственный комитет. То же самое делал с декабристами и Николаем I. Так что церковь — это одно, а религия — другое.

Мы занимаемся здоровьем меньшинства. Мы вообще заботимся о меньшинстве, а не о большинстве. Власть стремится получать популярность в большинстве и опираться на мнение большинства. Мы заняты больными, власть — здоровыми. И это естественное распределение, и в этом нет ничего оскорбительного.

Болезнь Гоше — наследственный дефицит фермента глюкоцереброзидазы. Таких больных немного. Эти больные накапливают в макрофагах липиды, которые они не могут или недостаточно разлагают. Без лечения болезнь приводит к поражению внутренних органов и разрушению костно-суставной системы. В Израиле, где эта болезнь встречается в 30 раз чаще, сделали этот фермент, и теперь своевременная заместительная терапия рекомбинантным ферментом останавливает развитие болезни и предотвращает инвалидизацию больных. Таким образом, Болезнь Гоше излечима, и люди здоровы. Но рекомбинантный фермент стоит денег. В одной из клиник, где никогда не видели эту редкую болезнь, приняли ее за саркому и, увидев на снимке дефект кости, взяли и удалили этот дефект. Поставили диагноз ретикулосаркомы — я называю болезнь, которая не существует в природе, но на титульных листах встречается часто. Затем поставили протез, он нагноился, начался остеомиелит и на фоне введения цереброзидазы, пришлось извлекать протез, снова протезировать, и в результате девочка сейчас здорова, но находится на препарате.

Есть другая болезнь, встречающаяся несколько чаще, — гемофилия. Больных с гемофилией А должно быть 15 000 человек, а гемофилией В — 3 000 человек. Но между расчетным числом и фактическим есть разница. Количество диагностированных заболеваний в России: гемофилия А — 8 488 человек и гемофилия В — 700 человек. Таким образом, гемофилия А диагностируется в половине случаев, гемофилия В реже. Это обусловлено тем, что легкая форма гемофилии А не имеет клиники (имеет место немного более длительное кровотечение и больше гематом от ударов, чем обычно). Был случай: в Боткинской больнице погиб офицер советской армии. Ему удалили зуб, в месте анестезии образовалась гематома, которая медленно спустилась до гортани, вызвала асфиксию и смерть. Он был болен легкой формой гемофилии. Таким образом, отсутствие фактора VIII или фактора IX напрямую угрожает этим больным смертью и ничего, кроме заместительной терапии, у нас нет. Сегодня ребята на VIII и IX факторе совершают восхождение на Эльбрус — они здоровы. Эльбрус — это результат общественной деятельности Форумного комитета и Общества больных гемофилией. Начиная с 2004 г., после долгих и упорных боев с Минздравом РФ, общий объем концентрации фактора VIII, закупленного Российской Федерацией увеличился в 15 раз, и вся картина изменилась.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

...только под влиянием общественного мнения власть делится своими доходами.

Формулярный комитет: перспективы и задачи

А.И. Воробьев

(из доклада на открытом заседании
Формулярного комитета РАМН 31 июня 2008 г.)



кровотечения, но, собственно говоря, она от этого и не происходит. Смерть бывает от остановки сердца и дыхания, а за этими понятиями — острая массивная кровопотеря, нарушение свертывания, остановка почек, сепсис. В медицинских заключениях фигурирует все что угодно, но лишь, может быть, в 50% случаев будет указано кровотечение. Но поразительная цифра: в 1990 г. в Москве умерло 60—65 родильниц на 100 тыс. живорожденных, а в Петрозаводске — 15. Потому что там работает прекрасный реаниматолог А.П. Зильбер, Петрозаводск — маленький город и он весь держался в руках А.П. Зильбера. То же самое было и в Барнауле, Свердловске — это города, где все было нормально. Но ведь давно известно, что в ответ на кровотечение родильницы, обусловленное ДВС синдромом, спровоцированным тяжелым гестозом, стремительными родами, неаккуратным кесаревым сечением и т. д. надо влить 2 литра плазмы и на этом все закончить. Но все переливали цельную кровь. Потому что в роддомах была установка, которая гласила: «переливать каплю за каплю».

Это точка зрения медицинского средневековья.

Вот тогда это и прекратили очень просто. В Минздраве РФ год лежала наша инструкция и случайно я встретился с заместителем министра Ольгой Викторовной Шараповой и сказал: «Что происходит? У Вас год лежит наша инструкция». Утром раздался звонок, и меня пригласили в Минздрав, и заместитель министра, которая сама оказалась акушером-гинекологом, подписала эту инструкцию. Тогда же были опубликованы в «Медицинской газете» две статьи на полный разворот о том, как надо останавливать острый ДВС синдром.

Дальше в это подключились Свидетели Иеговы, и мы обехали на их деньги весь бывший Советский Союз — от Алма-Аты до Львова. В результате борьбы с нарушениями свертывания крови сейчас по стране в це-

Давление есть норма поведения общества.

Мы занимаемся здоровьем меньшинства. Мы вообще заботимся о меньшинстве, а не о большинстве.

ИнтерНьюс

Протонному центру быть

Мэр столицы Юрий Лужков сообщил, что правительство Москвы приняло решение о создании протонного центра для лечения онкологических заболеваний. Городские власти закупят уникальное оборудование для лечения этих больных — «это оборудование, которым на данный момент владеют только 2 страны», отметил градоначальник. По его словам, в этом году инвестиционные вложения в здравоохранение Москвы составят 14 млрд. рублей. За ближайшие 3 года в городе приведут в порядок все больницы и поликлиники, введут в строй еще 10 учреждений здравоохранения. Кроме того, будет расти зарплата медперсонала.

Источник: «Вестн.Ру»

Путин знает, что у нас производят зеленку

Премьер-министр РФ Владимир Путин на встрече со студентами и преподавателями Дальневосточного госуниверситета заявил: «Что касается фармацевтической промышленности, к нашему величайшему сожалению, она у нас находится сегодня в зачаточном положении. Ее почти не существует». «У нас по количеству наименований отечественные препараты занимают достаточно заметное место, а если посмотреть по шкале цен, то выясняется, что по импорту мы получаем все, что востребовано населением». Премьер-министр узнал, что отечественная фармацевтическая промышленность выпускает самые элементарные препараты, причем еще прошлого века — зеленку, бинты, пирамидон, а все высокотехнологичное, эффективное, современное закупается по импорту. «В фармацевтической промышленности норма прибыли гораздо выше, чем, скажем, в нефтянке или в газовой сфере. Это очень доходный вид деятельности, а значит, и очень перспективный с рыночной точки зрения», — сказал Путин. «Фармакология является высокорентабельной отраслью, а такие сферы обычно не поддерживаются государством. Но мы готовы и поддержать. В рамках целого ряда программ, которые сейчас есть в правительстве».

Источник: АМИ-ТАСС

Эффективность и безопасность различных методов терапии остеопороза до сих пор неизвестна

С. Маклиан сопоставил эффективность (сокращение случаев переломов) и вред от неблагоприятных эффектов различных методов терапии остеопороза. Для этого отобрали англоязычные исследования из MEDLINE (с 1996 г. по 2007 г.) и других баз данных, в отчетах о которых содержались данные о частоте или риске переломов. Для анализа неблагоприятных эффектов отбирали исследования, содержащие данные о взаимосвязи между вмешательством и сердечно-сосудистыми, тромбозомболическими осложнениями, осложнениями со стороны верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, злокачественными опухолями и остеонекрозом. Оказалось, что имеются достаточно убедительные данные о том, что алендронат, этидронат, ибандронат, ризедронат, золедроновая кислота, эстрогены, паратгормон и ралоксифен предотвращают переломы позвоночника более эффективно, чем плацебо; доказательства эффективности кальцитонина тоже весьма удовлетворительны. Имеются достаточно убедительные данные, подтверждающие, что алендронат, ризедронат, золедроновая кислота и эстрогены предотвращают переломы бедренной кости эффективнее, чем плацебо. Влияние применения витамина Д на переломы позвоночника и бедренной кости варьируется в зависимости от дозы, используемой разновидности лекарства и популяции, включенной в исследование. Ралоксифен, эстроген и эстроген-прогестин увеличивают риск тромбозомболического осложнения, этидронат увеличивает риск изъязвления пищевода и желудочно-кишечных перфораций, язв и кровотечений. Таким образом, несмотря на наличие доказательств того, что многие из применяемых лекарств эффективно предотвращают переломы, вызванные остеопорозом, этих данных недостаточно, чтобы определить сравнительную эффективность или безопасность этих лекарств.

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

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

С 22 по 26 сентября 2008 года в г. Хабаровске прошел VII международный конгресс «Доказательная медицина — основа современного здравоохранения». В этом году конгресс посвящен 70-летию Хабаровского края.

Неизменно высоким остается интерес медиков Дальнего Востока к данному мероприятию. Здесь специалисты могут поделиться своим опытом в области организации «доказательного» здравоохранения и получить ответы на интересующие их вопросы. В конгрессе приняли участие не только представители Хабаровского края и близлежащих территорий: Амурского и Приморского края, Камчатки, Владивостока и Якутии, но и гости издалека: Москвы, Санкт-Петербурга, иностранных коллег. Опыт экспертов из «центра», других стран очень важен — это хорошо понимают организаторы конгресса.

На пленарном заседании с приветственным словом выступили: заместитель председателя Правительства Хабаровского края О.И. Леховицер, Министр здравоохранения Хабаровского края и г. Хабаровска А.В. Витько, президент МО «Общество фармакоэкономических исследований», заместитель председателя Форумного комитета РАМН, заведующий отделом стандартизации, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ФПОП Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор П.А. Воробьев, ректор Института повышения квалификации специалистов здравоохранения, д.м.н., профессор, академик РАЕН С.Ш. Сулейманов. Они оценили необходимость дальнейшего реформирования отрасли, отметили важное значение эффективного использования медицинских технологий, необходимости рационального применения лекарственных средств. Открыл пленарное заседание директор Института ревматологии академик РАМН, профессор Е.Л. Насонов. Он и его команда провели целый ряд мероприятий с ревматологами Дальнего Востока — телемедицинскую конференцию с московскими коллегами (ведущая — академик В.А. Насонова), мастер-класс и др.

В программе конгресса — научно-практические конференции по различным направлениям медицины: пульмонологии, ревматологии, педиатрии, офтальмологии и др., на которых обсуждались современные подходы к диагностике и лечению заболеваний с использованием медицины, основанной на доказательствах. Очень важно, что ежегодно в рамках конгресса отводится место обсуждению проблем сестринской практики — сегодня это были вопросы сестринского ухода в гериатрии.

И вновь — Дальний Восток, Хабаровск



Хорошей традицией стало проведение ежегодной школы-семинара Дальневосточного отделения Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» — «Клиникоэкономический анализ в управлении качеством медицинской помощи». Вели школу проф. С.Ш. Сулейманов и проф. П.А. Воробьев. Представители отдела стандартизации в здравоохранении Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова поделились опытом оценки результатов клинико-экономических исследований, принятия решений по выбору медицинских технологий, разработки нормативных документов системы управления качеством в здравоохранении (стандартов медицинской помощи, протоколов ведения больных, технологий выполнения простых медицинских услуг и др.). Своим опытом поделились специалисты Владивостока и Хабаровска. На семинаре обсуждались актуальные вопросы организации медицинской помощи, дальнейшего развития стандартизации, оптимизация лекарственной терапии и др.

Вот письмо Владивостокских психиатров, присутствовавших на конгрессе: «Первым делом хочу выразить благодарность проф. Сулейманову и его команде за организацию Конгресса в Хабаровске. Критики на форуме (имеется в виду форум МООФИ на www.rspog.ru) прозвучало достаточно, а мне очень понравилось, что везде встречают, люди предупредительны и доброжелательны, висят указатели, где что проходит, начинается другое мероприятие — указатели уже изменены. Залы для лекций большие и удобные. Было приглашено много гостей из Москвы, высокая готовность к дискуссии и обсуждению. Письма, форумы никогда не заменят живого общения. На Конгрессе была возможность познакомиться с людьми, которые не выходят в форум, но могут в непосредственном общении подсказать нужное и дельное. Ценность этого общения невозможно соизмерить с ценой билетов Москва—Хабаровск. Л.А.» Наверное, это самое приятное для организаторов конгресса — такой отзыв участников

Д. Лукьянцева

З.С. Баркаган, А.П. Момот

З.С. Баркаган, А.П. Момот
ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА
 Издание 3-е
 Издательство Ньюдиамед
 2008 г.

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

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

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

Туалет — не роскошь, а средство выживания. Это наглядно продемонстрировала нештатная ситуация на космической станции, когда в результате поломки старой уборной, без замечаний проработавшей 7 лет, привычный процесс изрядно усложнился: слив стал занимать 10 минут, требуя при этом усилий двух человек. Первые космические туалеты были устроены по принципу «прямо-в-костюме». Так, первый американский покоритель космоса Алан Шепард отправился в открытое пространство в несколько несвежей «амуниции». Наши придумали всасывающие прокладки — памперсы, которые теперь используют «и стар, и млад». Но прокладки хороши при кратковременных полетах — если жить долго, то и отправлять естественные надобности нужно регулярно и в гигиенически приемлемом виде.

Сегодняшний космический туалет, называемый WCS (Waste Collection System), представляет собой комфортную для космонавта систему: комната примерно метр на метр, специальная перекладина на уровне бедер, система крепления. Для удаления выделений используется воздух вместо воды. И писсуар, и сборщик твердых отходов — ни что иное как шланги разного диаметра. Моча вытягивается воздухом, затем попадает во вращающуюся камеру, где центробежная

сила прижимает жидкость к стенкам. Затем моча отправляется в резервуар для сточных вод. Каловые массы непрерывным потоком воздуха со скоростью 850 л/мин затягивает в специальный пористый мешок.

Степень надежности такого туалета должна быть сверхвысокой. Почему — очевидно. Тут не годится, если прокладка в бачке течет. Чуть неверно работает прибор — жидкость окажется разбрызганной по всей станции или, наоборот, появится пневмотравма мягких тканей. Скажем так, помягче.

Давно были мысли сделать нечто подобное для тяжелых лежачих больных. Но есть одно принципиальное, на мой взгляд,

«но»: больные «ходят под себя» непроизвольно, тогда как космонавт включает свой прибор только тогда, когда ему это необходимо. Только представьте себе отсос на 850 л/мин, какой от него будет шум, сколько энергии этот аппарат будет потреблять. Ведь обычные отсосы-насосы имеют производительность всего несколько литров в минуту, хотя системы воздухообмена в больницах, вероятно, сопоставимы по объемам. Так что пока остается и дальше использовать памперсы.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

О ЧЕМ НЕ ГОВОРЯТ,
ЧЕМУ НЕ УЧАТ В ШКОЛЕ



Начало на стр. 1

Сейчас есть общества больных хроническим миелодисплазией, гемобластозами и другие. И когда Минздрав РФ отказался закупать лекарственные препараты и обратиться в Госдуму сопровождалось ответной реакцией, что нет денег, я сказал, что это возможно, но на днях будет демонстрация в Охотном ряду, больные придут на костылях. Хотите? Попробуйте. В одну минуту замолчали и купили препарат под давлением общественного мнения. Мы представляем общественное мнение.

Наследственный на- низм, карликовость мы лечим собственным гормоном роста, мы его сделали — рекомбинантный гормон роста. Если гормоном роста мы вроде себя обеспечиваем, то инсулином в результате тяжелых битв между Россией и зарубежными поставщиками мы не можем обеспечивать наше производство.

Лимфома Беркитта описана Беркиттом в Центральной Африке. Потом выяснилось, что она встречается в Индонезии у мигрантов из Центральной Азии. Я прожил жизнь, уверенный в том, что лимфомы Беркитта у нас нет. Но оказалось, что у нас ее достаточно много. Лимфома Беркитта — это огромная опухоль, которая занимает весь живот, торчит наружу, блокирует мочеточники, почки не работают. Выздоровление на химиотерапии составляет 95%. Единственная просьба — не лезть туда с ножом. Очень трудно дать по рукам хирургу, который влез, удалил опухоль. Чтобы поставить диагноз, надо взять биопсию. Ему кажется, что он может путем виртуозной техники все убрать. Так вот, если он все уберет, то мы, как правило, теряем больных, потому что опухоль уже проросла, а химиотерапию надо было начинать сразу. Опухоль растет очень быстро, по дням, почти 100% делящихся клеток. При правильной терапии мы достигаем уникальных результатов — в мире таких кривых (общая выживаемость) нет. Мы докладывали эти результаты в Уганде на торжествах по поводу 50-летия открытия лимфомы Беркитта.

Это лучшие результаты, но это результаты на мощнейшей химиотерапии. Одно их условий — не оперировать. Хотя иногда приходится. Другое ограничение — не начинать лечение кое-как, начинать только со стандартных программ, т. к. только эта программа отработана. Пролечить не по программе — вот эта патологическая фраза «лечить не болезнь, а больного». Это же было сказано для умных: «надо лечить не болезнь, а болезнь у больного», в конкретной ситуации, конечно, никто не лечит просто болезнь. Если будет «предлеченность» — будем, к сожалению, терять больных, потому что опухоль «привыкает» к малым дозам, и потом — смерть. У больных с генерализованной лимфосаркомой на программе общая выживаемость составляет 75–80%, а у больных с «предлеченностью» через два года эта кривая упирается в землю.

При ДБККЛ с поражением селезенки хирург должен работать: селезенку надо удалить. К сожалению, часто хирург удаляет селезенку «по опухоли», что полностью противоречит любым канонам онкологии. Никогда нельзя резать по опухоли, а здесь можно — удаляют селезенку, дают мощную химиотерапию в результате — 100% выздоровления, а ведь опухоль занимала полживота. Это есть достижения современной химиотерапии. При лимфосаркоме желудка — страшнейшая опухоль — общая выживаемость составляет 100%. Такой статистики я не знаю больше ни в одной области онкологии.

Мы с вами сделали список жизненно необходимых лекарственных средств. Этот список крупнейшими «специалистами» из Министерства просвещения, Министерства финансов подвергался своеобразной корректировке, с этим бороться крайне трудно, как и со скверной погодой. Всегда будут некие вмешательства на уровне анальгина, кавинтона и т. п. Все это было, есть и будет, и это не страшно, но в этом списке из 300 медикаментов имеется некое количество медикаментов, безусловно смертельно ответственных, т. е. если их нет — и жизни нет. Если нет фактора VIII, то есть тяжелейшая инвалидизация или смерть. Есть противоопухо-

левые препараты, антигемофильские препараты, другие факторы замещения наследственного или приобретенного дефицита ферментов, гормонов, группа препаратов реанимационного профиля, препараты для тромболитика, препараты, останавливающие кровотечения. Но нужны стенты, диализаторы, которые если есть в арсенале медицины — больные на этом свете, если их нет — на другом свете. Я не могу сказать то же самое о гипотензивных, кардиотонических препаратах и даже антибиотиках. Поэтому следует ввести коррективы в список жизненно важных лекарств, выделяя **абсолютно** необходимые.

Стенты не лекарства, но отсутствие стентов — национальный позор. Если в Москве доставляют по скорой помощи больного с тяжелейшим приступом стенокардии в тот стационар, где есть ангиограф, обнаруживают 90% сужение коронарного сосуда, то у больного спрашивают, есть ли у него деньги. Если есть — поставим стент, а если нет, то не поставим. В любом случае, сначала деньги, потом — стент. А в Нью-Йорке сначала поставят стент, а затем будут искать деньги. Поэтому стенты — как жизненно важные медикаменты. Как допамин — у вас низкое давление, вы помираете, а у вас есть деньги на допамин? Вы представляете себе такую работу реаниматолога?

А как работать без диализаторов? Каждый 15 больной лимфосаркомой временно находится на диализе.

Препараты, останавливающие кровотечения. Страна столкнулась с тромбофилией, когда в Челябинске случилось несчастье с солдатом. Его доставили в госпиталь, ампутировали обе ноги — это ужас, но это тромбофилия. СМИ подняли скандал, что врачи все врут, это произошло от избиения. Драки у нас случаются на улице каждый день, а ноги ампутируют по поводу избиения довольно редко. Совсем недавно я потерял двух пациентов, страдавших тромбофилией. У одной тяжелой поражение мозга. У другой тяжелейшая тромбоз легочной артерии, а перед этим был мезентеральный тромбоз. Тромбофилия — это частая патология, но она к тому же провоцируется гормональными контрацептивами примерно у 5% женщин. Так же как и при гемофилии, это часть людей, которые, будучи совершенно здоровыми, страдают от повышенной готовности к свертыванию крови, и это провоцируют ранения, воспаления, гормональные вмешательства, в частности, гормональные контрацептивы, которые нельзя назначать, не проверив систему свертывания.

Учитывая неотработанность финансирования в системе охраны здоровья населения страны, все «абсолютно необходимые лекарственные средства» подлежат централизованной закупке. То есть, эти лекарственные средства должны быть, минуя все законодательные препоны. Попытки разговаривать с кем-нибудь наверху приводят к тому, что мне говорят: «Андрей Иванович, вы нарушаете конституцию». Я очень похож на свершителя власти. Понимаете, есть муниципальная власть, и по закону она отвечает за здоровье населения, а вы хотите, чтобы мы отвечали». Зубрабов М.Ю. как-то сказал, что он контролирует 7% здравоохранения страны, за это ему огромное спасибо, за другое не знаю. Зачем нам Министерство здравоохранения, которое контролирует лишь 7%, — это не министерство. Сейчас делаются попытки исправить это положение.

Законы должны следовать за жизнью, поэтому нам нужно сделать такой список абсолютно жизненно необходимых лекарственных средств, за который должна отвечать та власть, которая контролирует нефтяной и газовый поток в этой стране — не муниципалитеты же это все имеют. Так же как оборона не носит муниципального характера, так и здоровье не является муниципальной прерогативой. Те успехи, которые сделал наш Форумный комитет РАМН, добившись огромных изменений в области обеспечения медикаментами, показывают, что он должен сейчас выйти на тот уровень, когда безусловно жизненно необходимые лекарственные средства будут даваться сверху для всего населения страны. Тогда конституционная норма, что каждый житель страны имеет право на медицинское обеспечение, будет соблюдена.

...не начинать лечение кое-как, начинать только со стандартных программ, т. к. только эта программа отработана.

Учитывая неотработанность финансирования в системе охраны здоровья населения страны, все «абсолютно необходимые лекарственные средства» подлежат централизованной закупке.

Учитывая неотработанность финансирования в системе охраны здоровья населения страны, все «абсолютно необходимые лекарственные средства» подлежат централизованной закупке. То есть, эти лекарственные средства должны быть, минуя все законодательные препоны. Попытки разговаривать с кем-нибудь наверху приводят к тому, что мне говорят: «Андрей Иванович, вы нарушаете конституцию». Я очень похож на свершителя власти. Понимаете, есть муниципальная власть, и по закону она отвечает за здоровье населения, а вы хотите, чтобы мы отвечали». Зубрабов М.Ю. как-то сказал, что он контролирует 7% здравоохранения страны, за это ему огромное спасибо, за другое не знаю. Зачем нам Министерство здравоохранения, которое контролирует лишь 7%, — это не министерство. Сейчас делаются попытки исправить это положение.

ИнтерНьюс

Валидол и корвалол вместо эффективных лекарств

Минздравсоцразвития РФ утвердило перечень лекарственных средств для бесплатного обеспечения льготников в 2009 г. Перечень не претерпел сильных изменений, однако был дополнен современными лекарствами. Помимо этого, из него были исключены не востребовавшие и неэффективные препараты. «Действующий в настоящее время перечень лекарственных препаратов, согласно которому льготники получают необходимые им лекарства по рецептам бесплатно, не корректировался уже два года, — пояснила директор департамента развития фармацевтического рынка и медицинской техники Диана Михайлова. — С одной стороны, это обеспечивает стабильную ситуацию, когда врачи имеют возможность подобрать своим пациентам наиболее приемлемую и привычную для пациентов терапию. Но нельзя не принимать во внимание и то, что за два года на фармацевтическом рынке появилось много новых препаратов. В то же время препараты менее эффективные, обладающие неприятными побочными эффектами, морально устаревают». Целью корректировки было привести перечень в соответствие с принятыми стандартами оказания медицинской помощи, протоколами ведения того или иного заболевания. «При этом мы старались как можно более объективно учесть практическую ситуацию», — подчеркнула Михайлова. Еще в апреле Минздравсоцразвития начало работу по сбору предложений, касающихся изменений и дополнений в перечень. От риторических органов управления здравоохранения была получена информация о том, какие препараты наиболее востребованы, достаточно ли разнообразны предлагаемые в перечне препараты в рамках каждой фармакологической группы. К этой работе также привлекались главные внештатные специалисты-эксперты министерства по различным направлениям, ведущие медицинские и фармацевтические вузы, Минпромторг России, рассказали в Минздравсоцразвития. Часть препаратов, которые должны приниматься под строгим контролем врача, было решено перевести в раздел лекарств, назначаемых по решению врачебной комиссии. В то же время целый ряд позиций в перечне остались неизменными, например, такие, как валидол, корвалол. Закупки лекарственных средств на 2009 г. в регионах будут производиться уже осенью этого года. Их оплата также будет произведена нынешней осенью, на эти цели в бюджете заложено 12,2 млрд. руб. Новый перечень начнет действовать с 01.01.09 года.

А так как программе осталось жить год, то фактически новый перечень — на полгода. Стоило ли ломать копыта? Тем более, что он не приведен в соответствие со стандартами, и большая часть действующих, но потребляющих львиную часть бюджета препаратов в нем осталась.

Источник: АМИ-ТАСС, собственные данные

Поспешать надо медленно

Замруководителя Росздравнадзора Е. Тельнова говорит про пилотную программу лекарственного страхования в России, которая может быть введена с 2010 г. «Бюджет российского здравоохранения к 2010 г. планируется удвоить, доведя госрасходы на отрасль до 2 трлн. руб.». Вместе с тем «ускорительный запуск весьма серьезного проекта панацеей для отечественного здравоохранения безусловно не станет». «Без фундаментальной организационной подготовки использовать инновацию в жизненно важной сфере нельзя». На первом этапе, в частности, потребуется внесение соответствующих изменений в российский законодательство. Если возложить на фонд обязательного медицинского страхования финансовую ответственность за программу лекарственного страхования, никаких денег на эти цели не хватит: фонд ОМС попросту обанкротится». Необходимо «изучить и систематизировать зарубежный опыт в этой сфере, он, как известно, весьма неоднозначный даже у передовых европейских стран». Выбранную оптимальную модель лекарственного страхования следует «обкатать» сразу в нескольких субъектах РФ и «только на основе системного анализа работы программы лекарственного страхования в различных социально-экономических условиях российских регионов принимать окончательное решение о приемлемости проекта в целом».

Источник: ИТАР-ТАСС



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов
ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД
2007 г.

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

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

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.

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

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

ИнтерНьюс

Трезвость и мир на Украине

Верховная Рада приняла закон, согласно которому злоупотребляющие алкоголем должны принудительно направляться в специализированные лечебные учреждения для лечения от алкоголизма. Кроме того, этот закон ужесточает наказание за насилие в семье, то есть за «умышленное совершение любых действий физического, психологического или экономического характера, в результате чего мог бы быть нанесен вред физическому или психическому здоровью потерпевшего». Теперь наказание за этот вид преступления составляет до одного месяца исправительных работ с отчислением 20% заработка. Если эта мера будет признана недостаточной, законом предусмотрен арест на срок до 3-х суток.

Источник: Mednovosti.ru

Эффективность скрининга для выявления стеноза сонных артерий по-прежнему неизвестна

Нарушение мозгового кровообращения — третья среди основных причин смерти в США. В 1996 г. Американская рабочая группа по профилактическим мероприятиям (U.S. Preventive Services Task Force) сделала вывод о том, что имеется недостаточно доказательств для рекомендации за или против скрининга (клиническое обследование или УЗИ сонных артерий) лиц, не имеющих симптомов, для выявления стеноза сонных артерий. Доктор Т. Вульф отобрал данные из MEDLINE и Cochrane Library (с 1994 по 2007 гг.), недавние систематические обзоры, списки литературы в найденных по теме статьях, мнения экспертов. Выяснилось, что не проводилось никаких рандомизированных исследований для оценки скрининга для выявления стеноза сонных артерий. Согласно данным систематических обзоров, чувствительность УЗИ составляет примерно 94% и специфичность — примерно 92%. Лечение стеноза у отдельных пациентов отдельными хирургами могло бы привести примерно к 5% абсолютному сокращению числа инсультов в течение 5 лет. Заболеваемость инсультом и смертность в течение 30 дней после каротидной эндартерэктомии варьируют от 2,7 до 4,7%; в обсервационных исследованиях были выявлены более высокие показатели (до 6,7%). Таким образом, размер снижения частоты инсультов в результате проведения скрининга бессимптомных пациентов и каротидной эндартерэктомии неизвестен, потенциальная польза ограничена низкой распространенностью вариантов заболевания, поддающихся лечению, в общей популяции бессимптомных пациентов и осложнениями лечения.

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

Статины спасут мужчин

Западно-шотландское рандомизированное клиническое исследование профилактики коронарной патологии, было посвящено сравнению применения правастатина или плацебо у мужчин с гиперхолестеринемией без инфаркта миокарда в анамнезе. Средняя длительность наблюдения составила 5 лет. Комбинированный исход включал смерть от коронарной патологии и развитие нефатального инфаркта миокарда — его частота в группе вмешательства уменьшилась с 7,9 до 5,5%. После завершения испытания наблюдение за участниками было продолжено в течение в среднем 10 лет. Через 5 лет после окончания испытания 38,7% участников, входивших в группу лечения статинами, и 35,2% участников группы плацебо получали статины. К окончанию периода наблюдения, составившего в среднем 10 лет после завершения испытания, частота комбинированного исхода составила 10,3% в группе плацебо и 8,6% в группе правастатина; за все время наблюдения за участниками этот риск составил 15,5% в группе плацебо и 11,8% в группе правастатина. Аналогичное снижение относительных показателей было выявлено для смерти от коронарной болезни и для госпитализации по поводу коронарной болезни за оба периода наблюдений. Смертность от сердечно-сосудистых причин уменьшилась, как и смертность от всех причин, за весь период наблюдения за участниками. Не отмечено повышения смертности от несердечных причин, избыточной заболеваемости раком и смертности от него. Проведенный анализ показывает, что терапия статинами, проводимая у мужчин с гиперхолестеринемией и без инфаркта миокарда в анамнезе на протяжении 5 лет, ассоциируется со значительным уменьшением распространенности коронарных осложнений в последующие 10 лет.

Источник: N. Engl. J. Med. 2007

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 26.12.2007 г., «Боткинские чтения»

Председатель секции: академик РАН и РАМН А.И. Воробьев

Секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня:

1. Академик РАМН В.А. Насонова
(ГУ Институт ревматологии РАМН)

Перспективы развития ревматологии в XXI веке

История ревматологии началась в середине XIX века, когда Г.И. Сокольский описал ревматизм мышечной ткани, а позже — перикардит. С.П. Боткин связал острый ревматический полиартрит и кардит с перенесенной незадолго скарлатиной. В.М. Бехтерев описал клинику анкилозирующего спондилоартрита, выделил его из группы других болезней позвоночника. В 1922 году в Москве был организован Всесоюзный комитет по борьбе с ревматизмом. Дальнейшее развитие ревматологии связано с именами А.И. Нестерова, Е.М. Тареева. В 1958 году был создан Институт ревматизма МЗ РСФСР. А.И. Нестеров за первые несколько лет работы создал 2200 кабинетов службы по всей стране, стала распространяться бициллино-профилактика. К 1970 году проблемами ревматизма была в значительной степени решена.

Приоритетными направлениями развития ревматологии на сегодняшний день являются ранний ревматоидный артрит, кардиоваскулярная патология при ревматических болезнях, социальные проблемы ревматологии и эпидемиология ревматических болезней, первичный и вторичный остеопороз, метаболические заболевания (подагра), ювенильные артриты, ревматоидная и реабилитация.

В ревматоидном артрите важно изучить иммуногенетику, эволюцию артрита, значение цитокинов, роль антител при лечении ревматоидного артрита и другие вопросы. В России 600 тыс. больных ревматоидным артритом, это заболевание продолжает оставаться острой медицинской проблемой.

Российская ревматология может гордиться тем, что именно в ее рамках были открыты и сформулированы основные положения антифосфолипидного синдрома. Это системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся развитием тромбозов и акушерской патологией, патогенетически связанное с гиперпродукцией антифосфолипидных антител. АФС занимались гематологи (член-корр. РАМН З.С. Баркаган), сегодня занимаются гинекологи и акушеры, таких больных сейчас не так уж и мало.

Интересным также является направление: изучение легочной гипертензии при системных аутоиммунных заболеваниях. У каждого 4-го пациента со склеродермией наблюдается «легочное сердце».

Подагра. Раньше этот диагноз ставился на 10-м году заболевания. Подагра — это системное заболевание, развивающееся в связи с воспалением в месте отложения кристаллов моноурата натрия у людей с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми или генетическими факторами. Классический признак заболевания — кристаллы моноурата натрия во всех структурах организма — сердечно-сосудистой системе, желудочно-кишечном тракте, костно-мышечной системе. У больных подагрой быстро нарастают явления гиперхолестеринемии, артериальной гипертензии, у 15% встречается сахарный диабет, а у 15% — резистентность к инсулину. Как правило, у них встречается избыточный вес или ожирение. Оказалось, что подагра — это хороший пример сочетанного развития метаболического синдрома.

Третья проблема, которая выходит на первое место в ревматологии — это остеоартритическая болезнь. Около 3 млн. человек в России больны остеоартрозом. Лечение остеоартроза должно быть комплексным и включает образование больного. По нашему мнению, в будущем название заболевания будет заменено на остеоартрит, в связи с накапливающимися знаниями о роли воспаления в его патогенезе.

Еще одна значимая проблема — это остеопороз. Это одна из важнейших причин перелома шейки бедра, стоимость лечения которого очень велика.

Красной нитью через все ревматические болезни проходит метаболический синдром. В мире ожирением страдают 1 млрд. человек — а это один из признаков метаболического синдрома. Но метаболический синдром — это не просто избыточный вес. Обязательные критерии: центральное абдоминальное ожирение, при объеме талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин. В сочетании с повышением триглицеридов более 1,7 ммоль/л, снижением холестерина липопротеидов высокой плотности менее 1,03 ммоль/л у мужчин, менее 1,29 — у женщин, повышением систолического артериального давления более 130 мм рт. ст., повышением диастолического артериального давления более 85 мм рт. ст., повышением глюкозы выше 5,6 ммоль/л. Дополнительные критерии метаболического синдрома: нарушение распределения жировой ткани, атерогенная дислипидемия, дисгликемия, инсулинорезистентность, сосудистые нарушения, провоспалительный статус, протромботический статус, гормональные факторы. При метаболическом синдроме повышается риск сердечно-сосудистых осложнений (прогрессирующий атеросклероз, инфаркт миокарда, инсульт). Ожи-

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

рение является обязательным компонентом метаболического синдрома. Жировые клетки — огромный метаболический резервуар, и они синтезируют массу активных веществ (в том числе провоспалительных компонентов). Жировые компоненты вызывают воспаление, деструкцию хряща. Часто метаболический синдром инициируется медицинскими вмешательствами (например, гормоны при системной красной волчанке). Основные принципы лечения метаболического синдрома — это попытки снижения массы тела, метаболический контроль, достижение целевого артериального давления.

В целом, цели ревматологии XX века — это уменьшение болей, улучшение качества жизни, замедление прогрессирования и деструкции суставов, а используемые лекарства — НПВП, глюкокортикоиды, цитостатики. Цели ревматологии XXI века: ремиссия, излечение, увеличение продолжительности жизни (НПВП, глюкокортикоиды, цитостатики, биологические агенты). Важно отметить, что очень хорошо изучено взаимодействие НПВП с различными группами лекарств. Хочу обратить Ваше внимание на факторы риска НПВП-гастропатии. К определенным относятся пожилой возраст, язвенный анамнез, высокие дозы НПВП, множественные НПВП, сопутствующий прием глюкокортикоидов, антикоагулянтов, коморбидные заболевания. Вероятные факторы: наличие инфекции хеликобактер пилори, курение, прием алкоголя.

XXI век будет веком биологических агентов. На рынке присутствуют моноклональные антитела трех разновидностей: химерные (инфликсимаб, ритуксимаб), гуманизированные (тоцилизумаб), человеческие (адалimumаб, голимумаб, деносумаб). В заключении хочется сказать, что будущее отечественной ревматологии видится оптимистичным: удалось сохранить ревматологическую службу (более 1500 ревматологов), появились новые действенные препараты.



Вопросы к докладчику:

Вопрос: По-вашему мнению, является ли разумным объединение разнородных болезней в группу ревматологических?

Ответ: Мы защищены классификацией МКБ-10, там 100 ревматических болезней. И ими нужно кому-то заниматься. И структуры, которые поражаются при ревматических заболеваниях, близки по своим свойствам. Да и куда отправить пациента с больными суставами? А при волчанке, когда поражаются многие системы органов? Кто должен лечить этих пациентов? А склеродермия? А болезнь Бехтерева?

Вопрос А.И. Воробьева: А Николай Островский чем болел?

Ответ: Болезнью Бехтерева.

Вопрос: Ваше отношение к препарату Артрафаон? Его широко рекламируют.

Ответ Е.Л. Насонова: Это препарат, фактор некроза опухоли, гомеопатический препарат. Мы проводим клинические испытания. Пока говорить об эффективности рано. Хочу пошутить: что хорошо помогает, то рекламировать не нужно. Мы должны осторожно относиться к рекламе вообще и к рекламе рецептурных препаратов в частности.

Вопрос: Что имеется ввиду под язвенным анамнезом?

Ответ: Просто спросить, были бы боли в животе, как он переносит препараты, имелись ли язвы в прошлом?

Заключение председателя: Мы с В.А. Насоновой узнали ревматизм хорошо. Интересно также, что когда появились сведения о том, что пенетрантность генов при ревматизме составляет 25%, то стало понятно, что есть и семейное наследование. Также нельзя забывать о старых болезнях — скарлатина, аппендицит — они вернутся. Давайте также разделим: да, нужны классификации, в том числе международные, но нельзя забывать и отечественные. Нам приходится считаться с международными классификациями, но давайте знать рамки. Нужно расчленять заболевания. Так при опухолях — мы достигли фантастических результатов в лечении опухолей — мы разделили одну болезнь на шесть! Хочу несколько слов сказать по поводу метотрексата — после него развиваются тяжелейшие тромбоцитопении и лейкопении! Также если у больного диагноз подагры (у нас был такой случай — диагноз был ревматоидный артрит вместо подагры), то почки останавливаются!

Важнейшая, наболевшая проблема — реклама фармацевтических компаний. Нам нужно пытаться отстоять нашу науку и научную ответственность перед пациентом в этом ключе.

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 – обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ, НЕ УТОЧНЕННЫМ КАК КРОВОИЗЛИЯНИЕ ИЛИ ИНФАРКТ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА 1

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт

Код по МКБ-10: I 64

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 сентября 2006 г. № 643

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 01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	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 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
A 09.05.093	Исследование карбоксигемоглобина в крови	1	1
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	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 02.10.002	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 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	0,1	1
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,1	1
A 14.08.004	Отсасывание слизи из носа	0,1	1
A 11.08.009	Интубация трахеи	0,1	1
A 16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
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 центральную нервную систему			1		
	Анксиолитики (транквилизаторы)	Диазепам	0,1		
		Диазепам	1	10 мг	80 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,5		
	Гипотензивные средства	Каптоприл	1		
		Каптоприл	0,2	25 мг	25 мг
		Эналаприлат	0,6	1,25 мг	2,5 мг
		Пропранолол	0,1	10 мг	80 мг
		Нифедипин	0,1	10 мг	20 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,5		
	Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны	Дексаметазон	1		
		Дексаметазон	1	4 мг	8 мг
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,1		
	Диуретики	Маннитол	1		
		Маннитол	1	50000 мг	150000 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,1		
	Спазмолитические средства	Атропин	1		
		Атропин	1	0,5 мг	1 мг

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НЕУТОЧНЕННЫМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА 1

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: желудочно-кишечное кровотечение неуточненное

Код по МКБ-10: K 92.2

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 сентября 2006 г. № 647

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
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A 01.19.003	Пальпация при патологии сигмовидной и прямой кишки	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 02.09.001	Измерение частоты дыхания	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 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови		
A 25.16.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,5		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорид	1	400 мл	400 мл
		Растворы электролитные моно- и поликомпонентные	0,5	400 мл	400 мл
Средства, влияющие на кровь			0,5		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Декстроза	0,3	400 мл	800 мл
		Гидроксиэтилкрахмал	0,7	400 мл	400 мл
	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		0,5		
		Эпсилонаминокапроновая кислота	1	5000 мг	5000 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,1		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Октреотид	1	0,1 мг	0,1 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	0,25	10 мг	10 мг
		Норэпинефрин	0,25	4 мг	4 мг
		Эпинефрин	0,25	0,25 мг	0,25 мг
		Добутамин	0,25	250 мг	250 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РОДАХ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые**Нозологическая форма:** кровотечения в родах (в третьем периоде, послеродовое атоническое кровотечение)**Код по МКБ-10:** 072**Фаза:** острое состояние**Стадия:** первое обращение**Осложнение:** геморрагический шок**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 25 сентября 2006 г. № 675

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.03.001	Термометрия общая	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализатора	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.03.001	Термометрия общая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.20.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов	1	1
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств и растворов	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	1	10 мг	10 мг
Средства, влияющие на матку			1		
	Гормональные средства, влияющие на мускулатуру матки		1		
		Эргометрин	1	0,2 мг	0,2 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Декстроза	0,5	400 мл	400 мл
		Гидроксиэтилкрахмал	0,5	400 мл	400 мл
	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1		
		Этамзилат	1	500 мг	1500 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

В 2004/05 гг. по сравнению с 1990/91 гг. численность студентов (на начало учебного года, тысяч человек) в стране увеличилась с 2824 до 5860, т. е. произошло удвоение числа студентов в стране. Рост численности студентов по специализации было неравномерным: экономика и право — в 4,8 раза, образование — в 2,4 раза, здравоохранение, физическая культура и спорт — всего на 3,1% (с 214, 4 тыс. до 221, 9 тыс.).

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

Харченко В., Корякин М., Вирин М., Новолодский В.М.

РАЗМЫШЛЕНИЯ О РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РОССИИ

Столь бурный рост студенчества в стране произошел на основе гарантий, данных Статьей 43 Конституции РФ: 3. «Каждый вправе на конкурсной основе бесплатно получить высшее образование в государственном или муниципальном образовательном учреждении и на предприятии». Как видно из табл. 1, с 1990/91 г. по 2004/05 г. прием в государственные и муниципальные высшие учебные заведения страны возрос в 2,4 раза, в государственные и муниципальные высшие учебные заведения по специализации «здравоохранение», «физкультура и спорт» возрос на 14,4%, а выпуск специалистов из этих вузов возрос в 2,3 раза и на 8,9% соответственно. В 2004/05 гг. прием превышал выпуск во всех вузах страны на 32,8%, тогда как в среднем за период 1990/01—2004/05 гг. превышение составляло 40,0% (снижение показателя на 18,0%). В 2004/05 гг. в учебных заведениях здравоохранения, физкультуры и спорта прием превышал выпуск на 41,9%, против средних показателей за период 1990/01—2004/05 гг. — 37,2% (прирост показателя на 12,6%).

Таблица 1
Прием и выпуск в государственные и муниципальные высшие учебные заведения по специализации учебных заведений (тысяч человек)

Годы	Принято студентов	Выпущено специалистов	3/2 (%)	Принято студентов	Выпущено специалистов	6/5 (%)
	во всех учебных заведениях (тысяч человек)			в учебных заведениях по специализации «здравоохранение», «физкультура и спорт» (тысяч человек)		
1960	377,3	207,1	-45,1	19,6	—	—
1970	536,6	360,1	-33,0	33,3	—	—
1980	613,5	459,6	-26,1	37,3	—	—
1990	583,9	401,1	-31,3	40,3	24,6	-39,0
1995	628,6	395,5	-37,1	29,5	27,7	-6,2
2000	1140,3	578,9	-49,2	40,3	23,3	-42,2
2001	1263,4	647,8	-48,7	41,9	23,4	-44,2
2002	1299,0	753,1	-42,0	42,8	24,2	-43,5
2003	1411,7	860,2	-39,1	45,4	25,8	-43,2
2004	1384,5	930,4	-32,8	46,1	26,8	-41,9
2004/1990	+2,4 раза	+2,31 раза	+27,8%	+14,4%	+8,9%	
Средние показатели за 1990—2004 гг.	1101,4	652,4	-40,0	40,9	25,1	-37,2
2005	—	978		—	28,2	
2006	—	1056		—	31,0	

Гендерные тенденции: высшее образование в России все больше приобретает «женское лицо». С 1990/01 по 2004/05 гг. численность обучающихся в высших учебных заведениях женщин возросла с 1427 тыс. человек до 3348 тыс. человек (в 2,3 раза), тогда как численность мужчин возросла с 1397 тыс. до 2512 тыс. (на 80,0%); численность женщин во всех вузах России превышала численность мужчин в 1990/01 всего лишь на 2,1%, то в 2004/05 г. это превышение составило 33,3%. Наибольший прирост численности студентов отмечался в период 1995/06—2002/03 годы (табл. 2).

С 1990/01 по 2004/05 гг. численность обучающихся в высших учебных заведениях по специализации «здравоохранение», «физкультура и спорт» женщин возросла на 9,7%, мужчин — сократилось на 7,4%. Если численность женщин превышала численность мужчин в этих вузах в 1990/01 г. на 65,0%, то в 2004/05 г. это превышение составило уже 96,0%.

На вступительных экзаменах конкурсы в медицинские вузы близок к средним показателям для всех вузов по РФ.

Государство ведет подготовку практически всех врачей в РФ: подавляющее число специалистов с высшим медицинским образованием готовится в государственных вузах, в большинстве случаев бесплатно для обучаемого, а реально

за счет очень небольшого финансирования здравоохранения из госбюджета страны. По данным зав. отделом Национального НИИ общественного здоровья РАМН В.С. Нечаева дипломную подготовку врачей в системе Минздравсоцразвития России проводят 47 медицинских вузов, врачей готовят на 20 медицинских факультетах госуниверситетов, в том числе технического профиля, и в 15 негосударственных медицинских образовательных учреждениях [3]. Негосударственными высшими учебными заведениями по специальностям «здравоохранение» и «физическая культура и спорт» было выпущено специалистов в 1997 г. 30 чел., в 2004 г. — 300 чел., в остальные годы (1998—2006 гг.) ежегодно — 200 человек.

Удовлетворяет ли здравоохранение России количественный уровень подготовки врачей в России? По международным критериям, численность населения на одного врача и численность населения на одну больничную койку самая невысокая, что можно отнести к оставшимся нам в наследство принципам социалистической модели здравоохранения. Численность населения на одного врача в 2005 году была выше, чем в России: в Германии и во Франции на 43,4%; в США на 83,4%; в Великобритании (2000) в 2,44 раза; в Японии 2,33 раза (табл. 5). В странах СНГ численность населения на одного врача и численность населения на одну больничную койку близки показателям РФ.

Значительно большее количество врачей и коек в расчете на 1000 человек населения в России компенсирует слабое оснащение российского здравоохранения диагностической аппаратурой и лекарствами, когда врачи традиционно используют для лечения длительный постельный режим, лечение «добром, теплом, покоем...» В стране в 2006 г. было всего 702,2 тыс. врачей, что на 5,2% выше, чем в 1990 г., а в расчете на 10 тыс. населения на 9,8% выше, чем в 1990 г.

Напомним, что в России количество врачей на одного больного и на одну койку значительно выше, чем в развитых странах. При этом по данным В.С. Нечаева «проблема обеспечения медицинскими и фармацевтическими кадрами учреждений здравоохранения по-прежнему остается очень острой. Это связано с дефицитом персонала в первичном звене и избытком специалистов узкого профиля, чрезмерной концентрацией медработников в крупных городах. Нарастает кризис в обеспечении врачебным и особенно средним медицинским персоналом стационаров и поликлиник из-за возникших в последнее время диспропорций в оплате труда».

Особенно остро обстоит проблема с кадровым укомплектованием ЛПУ и медицинских вузов. Врачи российских ЛПУ, медсестры и санитарки, преподаватели вузов примерно на четверть представлены пенсионерами и инвалидами, некоторым из которых за 70. Отметим, что в 2006 г. по сравнению с 1990 г. выпуск из медицинских училищ среднего медицинского персонала уменьшился в абсолютных цифрах на 16,2%, а в расчете на 10 тыс. населения на 12,7%. Молодежь не идет работать в ЛПУ, и поэтому нет резерва для ротации кадров. Кадровая проблема может резко обостриться, а возможно в ряде ЛПУ и в регионах может привести к кадровому обвалу: реальное и значительное увеличение пенсий может привести к увольнению пожилых сотрудников.

Почему, несмотря на огромное количество врачей и большой ежегодный их выпуск медицина России, отмечается острый кадровый голод?

Приводим некоторые данные Минздравсоцразвития РФ. По данным бывшего заместителя Министра Минздравсоцразвития России Р.А. Хальфина, «из всех врачей с больными работает не более 1/3. На работу в систему здравоохранения пришло чуть больше половины выпускников, закон-

Таблица 2
Численность женщин и мужчин, обучающихся в высших учебных заведениях (всего) и по специализации здравоохранение, физическая культура и спорт (на начало учебного года; тысяч человек)

Годы	Численность обучающихся во всех высших учебных заведениях, всего (тысяч человек)					Численность обучающихся в высших учебных заведениях по специализации «здравоохранение», «физическая культура и спорт» (тысяч человек)				
	Женщины	В % к предыдущему показателю	Мужчины	В % к предыдущему показателю	Соотношение женщины/мужчины (%)	Женщины	В % к предыдущему показателю	Мужчины	В % к предыдущему показателю	Соотношение женщины/мужчины (%)
1990/91	1427	—	1397	—	+2,1	134	—	81	—	+65,4
1995/96	1435	+0,5	1220	-12,7	+17,6	117	-12,7	61	-24,7	+91,8
2000/01	2395	+66,9	1876	+53,8	+27,7	118	+0,8	66	+8,2	+78,8
2002/03	2968	+23,9	2261	+20,5	+31,3	132	+11,7	73	+10,6	+80,8
2003/04	3192	+7,5	2404	+6,3	+32,8	140	+6,1	74	+1,4	+89,2
2004/05	3348	+4,9	2512	+4,5	+33,3	147	+0,5	75	+1,3	+96,0
2004/1990 (% раз)	+2,3 раза		+80,0 (%)			+9,7%		-7,4 %		

чивших медицинские вузы в 2006 г. (из 20 тыс. выпускников 11 тыс. (55%) получили направления на работу). Примерно 2 тыс. изъявили желание трудоустроиться самостоятельно, еще 7 тыс. просто забрали дипломы — 45% от всех выпускников. «Кадровый голод» в здравоохранении руководство

Интервью

Люди не хотят лечиться у врачей

Фонд «Общественное мнение» провел опрос 1500 респондентов 13—14.09 в 100 населенных пунктах 44 субъектов РФ. Оказалось, что 52% наших сограждан предпочитают лечиться самостоятельно, обращаясь за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае, но 32% опрошенных, предпочитают даже при небольшом недомогании посетить врача; 21% респондентов никогда не лечились самостоятельно (среди людей старшего возраста — 29%). При этом 53% участников опроса считают, что обращаться к врачам лишь в крайних случаях неправильно; обратного мнения придерживается 19%. Только 10% участников опроса сказали, что им приходилось сожалеть о том, что они прибегали к самолечению, а 54% — не приходилось. Многие и хотели бы обратиться к врачам, но им мешают «волоките, очереди» и нехватка времени для посещения (15%), отсутствие денег на лечение и лекарства («без денег в поликлинику не пойдешь» — 6%) и медпункта по месту жительства (2%). Не доверяют врачам 8%, сетуют на невниманье и непрофессионализм медиков («такие врачи не печат, а калечат» — 6%), а также на бесполезность обращения к врачам (2%). Некоторые люди уже хорошо изучили свои заболевания и лечатся по известной схеме, у кого-то в семье есть медики (по 2%), кто-то предпочитает использовать средства народной медицины (1%). При самостоятельном лечении респонденты чаще всего прибегают к чисто медикаментозному лечению (25%), либо комбинируют его с методами народной медицины (26%); заметно меньшая доля опрошенных выбирают лечение исключительно народными средствами (16%, а среди москвичей — 22%).

Респонденты чаще всего обращаются к лечению травами (31%), медом и прополисом (10%), а также спиртовыми настоями и водкой («водка спасает от болезни» — 7%). В случае самостоятельного лечения респонденты полагаются на свой собственный опыт (42%), на полученные ранее рекомендации врачей (32%) и советы близких и друзей (29%). Несколько реже они ориентируются на рекомендации аптекарей (15%) и народных целителей (7%), а также на советы врачей или народных целителей в СМИ (по 6%). Значимость опыта окружения также подтверждается распределением ответов на вопрос о том, прислушивается ли респондент к советам друзей без медицинского образования: 43% принимают такие советы (23% не принимают), столько же (43%) сами дают знакомым советы, как лечиться (54% таких советов не дают).

Источник: www.fom.ru

А аденоиды слабо?

В Центре будущего хирургии Университета Калифорнии в Сан-Диего успешно проведена первая операция по удалению части желудка через влагалище для лечения ожирения. Суть такого лечения заключается в том, что хирургическим путем удаляется 80% желудка. Пациент после этого чувствует насыщение при употреблении небольшого количества пищи, а следовательно, потребляет меньше калорий и худеет. Эта операция носит название рукавной резекции желудка или вертикальной гастропластики. Традиционно она выполняется лапароскопически через 5-сантиметровых разрезов брюшной стенки. Выполняя инновационную операцию, калифорнийские хирурги произвели лишь 2 разреза миллиметрового размера: через один — в пупке — в брюшную полость был введен зонд с видеокamerой, через другой — прямо под грудиной — инструмент, отодвигающий печень для освобождения операционного пространства. Затем через небольшой разрез в заднем своде влагалища на желудок эндоскопически наложили стандартные скобы и удалили его часть. Удаленные ткани были извлечены через то же отверстие во влагалище. Операция заняла 75 минут, период послеоперационной реабилитации был также значительно сокращен. Пациентка, 29-летняя Мария Сото из Эскондидо, согласилась на новую методику, поскольку лапароскопическое удаление ее желчного пузыря несколько лет назад осложнилось двумя послеоперационными грыжами. Эта операция стала очередной разработкой в области «хирургии естественных отверстий» (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, NOTES). Ранее были разработаны методики удаления аппендикса через рот и желчного пузыря, аппендикса и почки через влагалище.

Источник: mednovosti.ru

ИнтерНьюс

Чем банальней операция, тем опасней

С. Регенбоген попытался выявить наиболее распространенные разновидности технических ошибок в хирургии и оценить часто рекомендуемые вмешательства в свете спектра этих ошибок. Хирурги, проводившие обзор, проанализировали 444 случайно отобранных заявления о хирургической небрежности, по которым несли ответственность 4 страховые компании. Среди 258 исков, в которых выявили повреждение вследствие ошибки, в 52% случаев (133 иска) наряду с другими были технические ошибки; 49% ошибок привели к постоянной нетрудоспособности пациентов, 16% — к смерти; 65% были связаны с небрежными манипуляциями, 9% — с ошибочными суждениями, 26% — с обеими этими причинами. Лишь небольшая часть технических ошибок пришлась на сложные процедуры, требующие специального обучения хирурга (16%), также редки были ошибки, связанные с неопытностью хирургов в решении возникших перед ними задач (14%) и плохим контролем над работой резидентов (9%). Большинство (73%) технических ошибок было совершено опытными хирургами при выполнении в основном широко используемых (84%) операций. Осложнения, связанные с особенностями пациентов, включали в себя экстренность вмешательства, необычную анатомию, ранее выполненные хирургические вмешательства и встречались в 61% случаев. Технологические или системные недостатки повлияли на возникновение 21% ошибок.

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

Лекарства все дороже...

По данным ЦМИ «Фармэксперт», в I полугодии 2008 г. продано медикаментов на 5 млрд 650 млн долл., то есть на 36,5% больше, чем за соответствующий период в 2007 г. Снижение доллара по отношению к рублю завывает темпы роста, но и в рублях рост немаленький — 25%.

Но рост аптечного рынка объясняется вовсе не увеличением продаж, а удорожанием лекарственных препаратов на фоне роста доходов населения. По итогам 2007 г. на отечественные лекарства приходилось только 21% российского фармрынка в денежном выражении, подсчитали в RMBC; 58% приходится на поставки из-за рубежа.

Источник: РосБизнесКонсалтинг

Эффективность бронхолитической терапии не снижается с возрастом

Докторами А. Визель и И. Визель изучен эффект проб с бронхолитиками короткого действия у 778 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и у 528 пациентов с бронхиальной астмой пожилого и более молодого возраста по показателям функции внешнего дыхания. Анализ результатов проб с бронхолитиками показал, что реакция на них была более выраженной при бронхиальной астме, что отличает эти две болезни. Динамичность обратимости бронхиальной астмы по объему форсированного выдоха в 1-ю секунду не снижалась с возрастом, что свидетельствует об эффективности бронхолитической терапии пациентов пожилого возраста с этими заболеваниями.

Источник: Клиническая геронтология, 2008, № 6

Прививка от рака

Минздравсоцразвития России одобрило применение терапевтической противораковой вакцины в апреле 2008 г. для вспомогательной терапии больных раком почки со средней степенью риска рецидива заболевания. Экспортная лицензия FDA США дает возможность предоставить российским пациентам Opsonophage, выпуск которого по-прежнему будет осуществляться на производственной площадке компании в США.

Источник: Pharmvestnik.ru

Антинобелевская премия по медицине за 2008 г.

Антинобелевская или Шнобелевская премия по медицине выдана Дэну Ариэли из Университета Дьюка в Северной Каролине. Он предлагал добровольцам под видом болеутоляющих таблеток плацебо, при этом одной группе испытуемых сообщили, что таблетки стоят 2,5 доллара, а другой — что 10 центов. После приема лекарства добровольцы подвергались воздействию несильных (но болезненных) ударов тока. Выяснилось, что для тех, кто принял более дорогую таблетку, удары тока казались менее ощутимыми, чем для глотавших дешевые пилюли. По мнению автора, чем больше денег люди тратят на лекарство, тем большего эффекта они ожидают.

Источник: Лента.Ру

Начало на стр. 7 ↗

Минздравсоцразвития решило в какой-то мере компенсировать путем введения фактически «государственного распределения», которое имело место при социализме, когда выпускник вуза должен был отработать 3 года перед тем как продолжить последиломное образование (приказ № 553 от 20.08.07). Этот приказ просуществовал менее 8 месяцев, и был отменен приказом № 112, который отменял трехгодичную «отработку» выпускниками медвузов.

Как можно прокомментировать приведенные факты? Минздравсоцразвития не выполняет свои обязанности по укомплектованию ЛПУ России необходимым количеством медицинских работников для оптимального функционирования практического здравоохранения страны. Механизмы такого укомплектования в условиях рыночных отношений не отработаны. Отмечается переизбыток специалистов определенных медицинских специальностей (гинекологи, урологи, дерматологи-венерологи и др.) и дефицит других специальностей (терапевты, кардиологи и др.). Некоторые российские райцентры с численностью населения 50—70 тыс. человек не имеют ни одного кардиолога. Это связано в основном с тем, что кардиолог как «узкий специалист» не получает медицинскую надбавку «за участковость».

Минздравсоцразвития нерационально использует деньги из госбюджета на подготовку медицинских кадров в условиях рыночных отношений. Как видим из табл. 6., расходы на здравоохранение, включая физическую культуру и спорт, ниже в 2—4 раза, чем в развитых странах. Это при том, что бюджет развитых стран в расчете на душу населения также в несколько раз выше, чем в России. Поэтому деньги, выделенные государством на подготовку врачей в стране, надо использовать весьма бережно, так как финансирование российского здравоохранения по международным меркам невелико.

Где же трудоустроились 45% выпускников медицинских вузов в 2007 г., 2 тыс. из которых решили трудоустроиться самостоятельно, и 7 тыс., которые забрали дипломы? Определенная часть решила продолжить образование в ординатуре «на платной основе». Основная часть направилась работать туда, где можно заработать значительно больше, чем в системе государственного здравоохранения.

А. Это работающие в России многочисленные отечественные, но в основном зарубежные фармакологические фирмы (таких зарегистрировано в справочниках более 2 тысяч) и зарубежные фирмы, торгующие в России медицинской аппаратурой. Например, зарубежная фармакологическая фирма могла предложить в июне 2008 г. «от» 40 тыс. рублей и служебный автомобиль иностранного производства.

Б. Это частные клиники (со специализацией, в основном, по гинекологии, урологии, пластической хирургии).

В. Значительная часть выпускников устроилась на работу в зарубежные и отечественные учреждения немедицинского профиля: магазины, в банки, менеджерами фирм и т.п., где традиционно высокие заработки.

Подавляющее число специалистов с высшим медицинским образованием готовится в государственных вузах, в большинстве случаев бесплатно для обучаемого, а реально за счет очень небольшого финансирования здравоохранения из госбюджета страны. «На законном основании» выпускник может поступить по собственному усмотрению, полностью игнорируя интересы российского здравоохранения! Причем механизмы регуляции отношений государство/выпускник не отработаны. Мы считаем, что медвузы России могут производить подготовку кадров на платной основе в гораздо большем объеме. Таким образом, на основе гарантий 43 статьи Конституции каждый желающий гражданин России может бесплатно для себя (за счет российского бюджета) получить высшее медицинское образование на конкурсной основе.

Определенная часть выпускников медвузов использовала дипломы как средство престижа и определенного статуса. Высшее образование позволило им работать в торговых фирмах, торгующих товарами, даже отдаленно не связанными с медициной. Конституция не указывает, сколько должно быть «бесплатных» мест (на самом деле это государственное финансирование). Учтявая, что в 2007 г. 45% выпускников «разбрелись кто куда» вне системы государственного здравоохранения, мы считаем, что следует рассмотреть вопрос об увеличении приема абитуриентов в медицинские вузы на платной основе (за счет абитуриента или его роди-

Таблица 3

Конкурс на вступительных экзаменах в государственных и муниципальных высших учебных заведениях по специализации учебных заведений в 1970—2005 гг. (на 100 мест подано заявлений о приеме)

Годы	Во всех учебных заведениях	В учебных заведениях здравоохранения	Физической культуры и спорта
1970	230	200	170
1980	190	240	180
1990	194	224	198
1995	184	220	158
2000	187	215	169
2001	183	205	159
2002	189	204	158
2003	194	203	161
2004	203	204	150
2005	203	194	...
2006	206	206	...

Таблица 4

Некоторые показатели, характеризующие охрану здоровья

Страна	Численность населения на одного врача				Численность населения на одну больничную койку			
	1993	2000	2005	2005/1993 (±%)	1993	2000	2005	2005/1993 (±%)
Россия	222	214	205	-7,7	77	87	90	+16,9
Австрия	231	321	283	+22,5	105	116	130	+23,8
Бельгия	274	242	...	...	121	140	...	...
Германия	367	279	294	-19,1	129	110	119	-7,8
Италия	207	167	259	...	150	222	...	...
Великобритания	610	500	...	...	161	245	...	...
США	406	383	376	-7,4	222	286	303	+36,5
Норвегия	308	294	287	-6,8	210	231	239	+13,8
Финляндия	406	325	307	...	99	133	142	+43,4
Франция	334	304	294	...	109	124	134	+22,9
Швеция	333	326	...	...	164	...	...	...
Япония	608	500	477	-21,5	64	77	78	+21,9
Болгария	306	297	...	...	101	135	156	+54,4
Венгрия	306	...	...	...	102	124	127	+24,5
Китай	645	595	...	...	424	420	...	...
Индия	2459	...	...	...	1371	1111	...	...

телей или за счет спонсора) по сравнению с нынешним уровнем в именно на 45%! Возможную нехватку российских абитуриентов вполне заполняют абитуриенты из ближнего и дальнего зарубежья.

«Минздравсоцразвития работает над этим вопросом совместно с Минобрнауки России и вузами. Один из путей решения проблемы — в расширении контрактной формы обучения, которая сейчас все активнее внедряется в учебных заведениях. К сожалению, в законодательстве не предусмотрена норма, которая заставит выпускника выплачивать деньги за обучение, если он откажется от работы по контракту».

«Распределять» студентов медвузов надо не после окончания института, а сразу после его поступления в медицинский ВУЗ. В это период студент согласен на все условия, так как выпуск на 37% меньше, чем число поступивших! Студент, зачисленный в вуз, должен подписать соглашение со спонсором, который будет финансировать его обучение в институте и в ординатуре. Это может быть Минздравсоцразвития, частная клиника, российская или зарубежная фармакологическая фирма, которые должны подать в Минздравсоцразвития заявку на подготовку специалиста определенной медицинской специальности. Диплом об окончании российского медицинского вуза с записью: «специальность — «врач-лечебник», — архаична, так как не дает достаточную (удовлетворительную) квалификацию и подготовку ни в одной области практической медицины. Проректор ММА им. И.М. Сеченова академик РАМН И.Н. Денисов высказал мнение вузов, что только пройдя одно- или двухгодичную подготовку в интернатуре или ординатуре, выпускник медицинского вуза получает право на самостоятельную работу.

Таблица 5

Численность медицинских кадров (на конец года)

Годы	Численность врачей		Численность среднего медицинского персонала	
	Всего, тыс. чел.	На 10 000 чел. населения	Всего, тыс. чел.	На 10 000 чел. населения
1940	82,2	7,4	299,1	26,9
1950	148,9	14,5	461,8	44,9
1960	233,2	19,3	835,3	69,2
1970	347,4	26,6	1243,2	95,2
1980	531,5	38,3	1614,1	116,3
1985	620,7	43,2	1756,7	122,4
1990	667,3	45,0	1844,0	124,4
1995	653,7	44,4	1628,8	124,4
2000	680,2	46,8	1563,6	107,6
2001	677,8	46,9	1544,4	106,8
2002	682,4	46,9	1557,0	108,2
2003	686,0	47,4	1551,5	108,5
2004	688,2	48,0	1545,5	108,6
2005	690,3	48,4	1529,8	108,0
2006	702,2	49,4	1545,0	108,6
2006/1990 (±%)	+5,2	+9,8	-16,2	-12,7
2006/2000 (±%)	+3,2	+5,6%	-1,2	+0,09

Студент должен понимать, что, согласно Конституции, образование бесплатное для него, но не для тех, кто оплатит его обучение. Кто учится за собственный счет или за счет родителей, от подписания контракта освобождается. Обучение за счет спонсора может иметь и свои преимущества, например, довольно высокую именную стипендию. После окончания вуза и ординатуры выпускник должен выполнить контракт со спонсором. Наш комментарий: эта проблема должна быть головной болью обучаемого и его спонсора, но не государства. Обучение в вузе должно проводиться по предоплате. Надо ввести соответствующую поправку в законодательство! Обучение в медицинском вузе навсегда освобождает от службы в армии, в отличие от многих других вузов, не имеющих военной кафедры.

Статус человека с высшим медицинским образованием позволяет выпускнику обоснованно претендовать на высокий заработок вне работы в здравоохранении. Кто после окончания медицинского вуза не идет работать в здравоохранение на определенный (узаконенный) срок, должен

Продолжение на стр. 9 ↗

Начало на стр. 7, 8

Таблица 6
Государственные расходы на образование и здравоохранение России и стран — членов Европейского союза в 2003 году (в % к ВВП)

Страна	Год	Расходы на образование	Расходы на здравоохранение
Россия*	2003	3,6	2,2**
	2004		2,2**
	2005		3,7**
	2006		3,6**
Австрия	2002	5,7	5,3
Бельгия	2002	6,3	6,4
Великобритания	2000	4,5	6,4
Венгрия	2002	5,1	5,1
Германия	2002	4,6	8,0
Дания	2002	8,5	7,3
Италия	2002	4,7	6,4
Латвия	2002	5,8	3,6
Литва	2002	6,3	4,6
Эстония	2002	5,7	4,2
Чехия	2001	4,5	4,5
Финляндия	2002	6,2	5,5
Испания	2002	4,5	5,4
Нидерланды	2002	5,1	5,8
Португалия	2002	5,9	6,3
Швеция	2002	7,3	7,8
Франция	2002	5,6	7,4
Чехия	2001	4,5	6,4

* Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации.
** Включая расходы на физическую культуру.

призываться в армию на тех же основаниях, что и выпускники других вузов, не имеющих военной кафедры! При этом не имеет значение, кто оплатил его образование. Кажется, что это решение поддержит Правительство РФ и Министерство обороны, учитывая, что с 2012 г. в результате демографического кризиса будет отмечаться огромный дефицит призывного контингента.

Заместитель директора НИИ общественного здоровья РАМН, член-корр. РАМН В.О.Щепин в своем докладе «Государственный сектор здравоохранения РФ: структура и деятельность» отметил, что «на 1 января 2006 г. в государственной собственности находилось только 3,4% учреждений и предприятий всех сфер экономики. Что касается организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг, то 47,3% из них находятся в государственной и муниципальной собственности, что дает основания говорить о преимущественно государственном характере принадлежности учреждений и организаций здравоохранения». Отметим, что еще в 2004 г. государственные медицинские учреждения составляли подавляющее большинство, а негосударственные медицинские учреждения составляли всего лишь 1,23%! Таким образом, 52,7% организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг в 2006 г. являлись негосударственной собственностью.

Следовательно, частные ЛПУ должны принимать участие в расходах по подготовке медицинских кадров! Например, только в ЦАО Москвы работают более 200 пластических хирургов. Работают они в сфере «эстетической медицины», на полном самофинансировании с большой прибылью. Все эти хирурги получили образование за государственный счет. Настала необходимость упорядочить юридические экономические отношения с иностранными фармакологическими фирмами и фирмами, торгующими медицинской аппаратурой и оборудованием. В настоящее время в таких фирмах работают на постоянной основе по разным подсчетам около 30 тыс. врачей-выпускников российских медицинских ВУЗов в том числе кандидатов и докторов медицинских наук. Фирмы привлекают специалистов более высокой по сравнению с госбюджетными учреждениями оплатой и фактически являются хозяевами медицинского рынка труда. Фактически российское медицинское высшее образование подготовило полностью за свой счет перечисленных специалистов и на безвозмездной основе подарило их указанным фирмам. Фирмы привлекают молодых, наиболее перспек-

Таблица 7
Пользователи Интернетом и персональными компьютерами (ПК) в группах стран ЕЭК и в остальном мире в 2001 году

Пользователи Интернет, оценка		Персональные компьютеры, оценка	
Весь мир		Весь мир	
Остальной мир	39%	Остальной мир	32%
ЕЭК	61%	ЕЭК	68%
ЕЭК:		ЕЭК:	
Северная Америка	52%	Северная Америка	57%
Европейский союз	39%	Европейский союз	35%
Страны СНГ	2%	Страны СНГ	2%
Центр. и Восточн. Европа	4%	Центр. и Восточн. Европа	3%
Другие страны-члены	3%	Другие страны-члены	3%

тивных сотрудников. Могут сказать, что фирмы «дают рабочие места», но у РФ огромное количество своих вакантных рабочих мест в медицине. В госбюджетных мед. учреждениях нет кадрового резерва для ротации кадров. Необходимо на уровне Правительства РФ решить эту кадровую проблему путем выделения квот для иностранных фирм для подготовки кадров для собственных потребностей на платной основе.

По данным Минобразования РФ, в стране сложился избыток специалистов с высшим образованием по экономике, юриспруденции. В 2007 г. 165 тыс. бесплатных мест в ВУЗах было заменено на платные, в 2008 г. к ним добавилось еще 43 тыс. платных мест. В медицинских вузах такая политика проводится весьма неинтенсивно. Оплата обучения, по мнению специалистов Минобразования, должна происходить из разных источников: это могут быть кредиты, взятые студентом на образования (процесс еще до конца не определен), обучение могут оплатить будущие работодатели и т. п. Мы видим в этом процессе положительную сторону, наведение порядка в подготовке кадров. Пишут и о негативной стороне коммерциализации образования — затруднение получения высшего образования талантливыми юношами из бедных семей. Однако мы считаем, что действительно талантливый абитуриент выдержит конкурс не только 2 претендента на одно место, который имеет место в настоящее время, но и значительно больше!

Студенты из ближнего и дальнего зарубежья, как и богатые частные клиники страны — значимый резерв для получения прибыли медицинскими вузами России. Мы считаем, что целесообразно провести реальное строгое повторное лицензирование «20 медицинских факультетов госуниверситетов, в том числе технического профиля, и 15 негосударственных медицинских образовательных учреждений, где готовят врачей» с целью установления целесообразности их работы. По данным Минздравсоцразвития России, контроль за качеством обучения студентов в этих учреждениях явно недостаточен.

По данным Минздравсоцразвития России «Студенты, поступившие в медицинские вузы в 2008 г., закончат их в 2015 г. К этому времени, по подсчетам министерства, стране будет нужно 38 тыс. новых врачей. Прием в вузы составит примерно 25 тыс. человек — около 70% от потребностей здравоохранения» Мы считаем, что не меньше половины студентов 2005 г. должны получать образование на платной основе.

Наши предложения по оптимизации работы российских медицинских вузов.

Таблица 8
Количество Интернет хостов в разных странах, 1996—2001

Страны	2001			Страны	2001		
	Число хостов, тысяч	На 1000 человек	Совокупный прирост, %		Число хостов, тысяч	На 1000 человек	Совокупный прирост, %
Австрия	326	40	30	Португалия	247	24	61
Бельгия	352	34	40	Швеция	735	83	25
Великобритания	2231	37	25	Франция	789	13	27
Венгрия	168	17	41	Польша	490	13	56
Германия	2426	30	29	Канада	2890	93	36
Дания	3561	105	39	США	106193	371	60
Италия	681	12	36	Страны СНГ			
Латвия	25	11	34	Россия	354	2,4	44
Литва	35	10	83	Армения	2,4	0,6	68
Эстония	51	36	45	Грузия	2,1	0,4	67
Чехия	216	21	39	Белоруссия	3,3	0,3	67
Финляндия	887	171	23	Казахстан	10,9	0,7	69
Испания	539	13	37	Украина	58	0,3	55
Нидерланды	2632	164	58	Узбекистан	0,2	1,2	12

1. Целесообразность улучшения компьютеризации. Полученные за платное обучение дополнительные деньги можно направить на оптимизацию работы медицинских вузов. В последнее время у нас в стране все больше говорят о целесообразности создания в России «электронных университетов европейского типа», однако процесс этот идет медленно и в основе лежит дефицит средств. Мы приводим данные экономической комиссии ООН (табл. 7 и 8), из которых видно, какое колоссальное отставание от стран ЕС и Северной Америки, а также Японии следует преодолеть. Из табл. 7 видно, что в 2003 г. численность пользователей Интернетом и персональными компьютерами в странах СНГ составляли лишь 2% от общего числа мировых пользователей.

Как видно из табл. 8, по общему числу интернет хостов показатель США превышает показатель России в 300 раз, а в расчете на 1000 человек населения показатель США превышает показатель России в 154,6 раз. В Российской Федерации приходилось персональных компьютеров на 1 студента очной формы обучения в государственных и муниципальных высших учебных заведениях в 2006/2007 гг. 0,2 шт., или 1 компьютер на 5 студентов. Следует отметить, что это показатели в среднем по всем вузам страны, и поэтому мы смеем утверждать, что в одних вузах (технические, экономические) компьютеров больше, а в вузах системы образования, медицины, физкультуры и спорта, сельского хозяйства) их значительно меньше. Это положение неприемлемо.

2. Мы считаем, что медицинские вузы (особенно в крупнейших городах России: в Москве, Санкт-Петербурге, в Екатеринбурге) должны иметь свои собственные клинические базы, которые еще следует построить, в которых сотрудники вузов должны проводить лечение больных с помощью современных высоких медицинских технологий. Такой подход поднимет уровень подготовки студентов. Наиболее реально и целесообразно создание центров высоких медицинских технологий на акционерной основе с участием в акционировании Минздравсоцразвития и медвуза.

ИнтерНьюс

Этими устами да мед бы пить...

Председатель комитета Государственной Думы по охране здоровья Ольга Борзова сообщила, что проектом федерального бюджета на ближайшие 3 года предусмотрено существенно увеличить расходы на здравоохранение — с 78,1 млрд. руб. в 2008 году до 105,1 млрд. руб. в 2011 году. Она отметила, что комитет обстоятельно обсудил, как реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье», и пришел к выводу, что особенно хорошие результаты достигнуты в диспансеризации работающих граждан, в иммунизации населения, а также в оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Ввод в действие новых региональных медцентров, тиражирование высоких медтехнологий позволит довести уровень удовлетворения потребности населения в этих видах помощи к 2011 году до 80%. «Отрадно, что подтвердил свою эффективность механизм родовых сертификатов», — отметила глава комитета. Благодаря нацпроекту «Здоровье», сказала она, удалось активизировать регионы, добиться от них софинансирования. Так, на каждый рубль, выделяемый из регионального бюджета на этот нацпроект, приходится примерно четыре рубля из федерального бюджета. По словам Ольги Борзовой, на финансирование развития медпомощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в частности, в 2009 г. будет выделено соответственно 3,1 млрд. руб. и 2,6 млрд. руб. В то же время, сообщила депутат, в 2009 г. начнется реализация еще двух важных и сложных направлений — формирование здорового образа жизни и совершенствование медпомощи больным онкологическими заболеваниями. На формирование первого из них в 2009 г. выделяется 830 млн. руб., а на формирование второго предусмотрено выделить 6,3 млрд. руб. В дальнейшем нацпроект «Здоровье» будет трансформирован в две государственные программы. В рамках Стратегии развития РФ до 2020 г., пояснила она, разработано два документа — среднесрочная госпрограмма развития здравоохранения до 2012 г., которая продолжит нацпроект «Здоровье» и ряд федеральных целевых программ, а также долгосрочная концепция развития здравоохранения до 2020 г.

Источник: rost.ru

Один против четырнадцати

Даниель Дрюкер, клиницист и старший исследователь Исследовательского института при госпитале «Гора Синай», расположенного в Нью-Йорке, разработал новый метод лечения диабета. Вместо обычных двукратных ежедневных инъекций предлагается «колоться» лишь один раз в неделю. «На данный момент не существует лекарства для лечения диабета типа 2, которое надо вводить лишь раз в неделю». Новый препарат «Эксенатид» является первым в новом классе «долгоиграющих» лекарств, которые повторяют действие GLP-1 (глюкагон-подобного пептида), гормона, естественным образом производимого кишечником после приема пищи. В отчете сравнивается положительный эффект у 2 групп пациентов: тех, кто вводил «Эксенатид» еженедельно, и тех, кто, как обычно, «колосся» 14 раз в неделю. Были проведены международные испытания, длившиеся шесть месяцев и в которых были задействованы несколько медицинских центров. В испытаниях приняли участие 300 человек. В результате 225 человек (75% всех испытуемых, которым вводился «Эксенатид») имели стабильный уровень глюкозы в организме на протяжении всей недели, разделявшей дни уколов. Люди, получавшие «Эксенатид» каждые семь дней, испытывали лёгкие побочные эффекты, но не имели высокого риска наступления гипогликемии (снижение уровня сахара в крови) и у них наметилась тенденция к сбросу веса. Работу своего коллеги комментирует доктор Джим Вуджетт, директор по исследовательской работе в Исследовательском институте Самюэля Луненфельда: «Результаты биомедицинских исследований, к великой радости, напрямую влияют на пациентов и помогают улучшить качество жизни. Доктор Дрюкер — эксперт мирового класса в разработке терапий, основанных на пептидных гормонах. Этот препарат, пригодный для лечения целого спектра заболеваний, является отличным примером того, как результаты научной работы превращаются в лекарства для наших пациентов». Доктор Дрюкер изучает кишечный гормон GLP-1 более 20 лет. Несколько экспериментальных лекарств, основанных на действии GLP-1, сейчас проходят клинические исследования, а новый препарат «Эксенатид» должен быть утвержден властями в 2009 г.

Источник: Lancet 2008

ИнтерНьюс

64 слоя надежности

Диагностическую точность 64-слойной компьютерной томографической коронарной ангиографии у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема ST изучили на выборке из 104 пациентов. Традиционная коронарная ангиография использована как золотой стандарт. Сужение просвета коронарного сосуда на 50% и более расценивали как значительный стеноз. Два независимых эксперта оценивали все коронарные артерии для выявления стеноза вслепую (не зная результатов ангиографии). По данным коронарографии, значительный стеноз отсутствовал у 16 из 104 (51%) пациентов, стеноз одного сосуда выявили у 42 пациентов (40%), мультисосудистое поражение — у 46 (44%). Чувствительность выявления значительного стеноза при анализе данных об отдельных пациентах составила 100%, специфичность 75%. Прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов соответственно 96% и 100%. Таким образом, 64-слойная компьютерная томографическая коронарная ангиография у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST высокочувствительна при распознавании значительного стеноза коронарных сосудов и позволяет надежно исключить значительное поражение.

Источник: Heart 2007

Глаз, лечащий сам себя

Уникальный способ лечения некоторых видов слепоты разработала американская компания Neurotech. Она предлагает вставлять в глаза пациентов небольшие капсулы с проецированными клетками, которые обеспечивают торможение развития заболевания. «Целевая аудитория» этого изобретения — люди, страдающие возрастной макулярной дегенерацией или пигментной дегенерацией сетчатки. Neurotech утверждает, что ни одна компания или научная группа в мире не испытывает сейчас подобного устройства. Вот как оно работает: капсулу из специально разработанной полупроницаемой пластмассы имплантируют в стекловидное тело. Внутри капсулы — генетически модифицированные клетки, которые не могут выбраться наружу. Зато через стенки капсулы они получают питательные вещества, а обратно должен диффундировать продукт работы этих клеток — белок CNTF. Исследования на животных показали, что этот белок замедляет вырождение клеток сетчатки при пигментной дегенерации, и, по словам ведущего ученого Neurotech Вэн Тао, есть свидетельства, что этот белок может даже подтолкнуть регенерацию сетчатки. Ранее медики уже применяли похожую процедуру внедрения в глаз пациента микрокапсул с лекарством от воспаления, которое выпускалось в течение некоторого времени. Так что операция такого рода отработана. Однако запас лекарства сравнительно быстро заканчивается. В изобретении же Neurotech принципиальная новизна в том, что в капсуле содержится не препарат, а клетки, непрерывно его производящие, пока остаются живыми. А это может длиться очень долго. В 2006 г. ранний вариант капсул прошел тесты на 10 пациентах. Так была доказана безопасность технологии. Теперь же биокапсулы вступают в решающую вторую фазу клинических испытаний (она стартует в начале 2009-го): разработчики необычного средства спасения слепнущих людей надеются доказать эффективность метода. При этом они подчеркивают универсальность придуманной ими «платформы». Если тесты дадут не слишком яркие клинические результаты, — поясняют они, — те же капсулы можно приспособить для длительной поставки в глазное яблоко других терапевтических молекул и факторов роста. Заметим, против двух вышеупомянутых заболеваний пока не существует эффективных и простых средств. Но специалисты работают сразу по нескольким альтернативным направлениям.

Источник: Technology Review

Прогноз стоматологического лечения

А. Арьевым изучена полиморбидность как отягощающий фактор стоматологических проблем у пациентов пожилого и старческого возраста. При стоматологическом лечении пациентов пожилого и старческого возраста необходимо учитывать их общесоматический и медико-социальный статус. Клинический прогноз стоматологического лечения отражает одна из главных соматических характеристик — наличие коморбидных состояний. Определение суммарного индекса физического состояния пациента и кумулятивного рейтингового индекса болезней позволяет оценить гомеостаз организма пожилого человека и прогнозировать эффективность стоматологического лечения. Повышение первого более 3,46 балла и второго — более 11,59 свидетельствует о неблагоприятном прогнозе стоматологического лечения.

Источник: Клиническая геронтология, 2008, № 7

30.07.08 Каргасок, Томская область. Но бойтесь единственно только того, кто скажет: «Я знаю как надо». Селение на краю земли русской. Или затерявшееся в Васюганских болотах. Оба предствления — верные. Карга — медведь, сок — мис, вместе — медвежий угол. Районный центр у впадения Васюгана в Обь, совсем недалеко тут до Сургута и до Тобольска (по несколько сот километров). По зимнику есть сообщение, по Оби можно доплыть на пароме.

Район Каргасокский размером 500 на 1000 км. До райцентра идет дорога от Томска. Во время дождей намочшую разбухшую дорогу развозят бензовозы, появляется огромная колеяность. Строится новая дорога, отсыпается приличная подушка, кладется 2-слойный асфальт. Правда на вид — тонковатый, раза в 2 тоньше, чем должен быть: вместо 30—50 см будет 20—25. Дорога обречена на постоянный ямочный ремонт. Мне, как профессионалу дорожного строительства и пользователю, обидно за то, как выбрасываются (воруются) деньги.

И еще одно интересное наблюдение. Проложена хорошая трасса от Тюмени через Тобольск на Сургут и Ханты-Мансийск. Здесь тянут к Сургуту еще одну дорогу на север. Лет 10 назад в Ханты-Мансийске говорили про автодорогу куда-то в сторону Европы. Если появится «северный путь» из Европы в Азию, то он будет существенно короче — километров на тысячу — другую. Из Интернета выяснилось, что это «Северная широтная дорога» — новый транзитный коридор по маршруту Пермь—Ивдель—Ханты-Мансийск—Сургут—Нижневартовск—Томск, она строится, но о-очень медленно.

Каргасокский район — место ссылки. В 30-м году привезли тысяч 40 ссыльных. Откуда, кто эти люди, узнать не удалось — никто историю не знает. Их выбрасывали в «удобном» месте на берегу Васюгана в тайгу, в болота. За год умирало около трети (так говорят), остальные как-то обжились. Но впечатление, что от этой волны «переселенцев» не осталось никого. Второй завоз был в 41 г. — привезли 1000 переселенцев из Эстонии, из-под Нарвы. Здесь оказалось много интеллигентных людей, некоторые даже известные — например, из этих краев Анна Вески. Замечательный самобытный художник, чей талант проявился лишь на пенсии — В.П. Миронов. Но и про этот период известно мало.

В Каргасокском районе добывают нефть и газ, открываются новые месторождения. Район — донор областного масштаба. При этом в целом — нищета и голь пережатая. В поселке, где живет 12—13 тысяч человек, есть местами асфальт, 3 детских сада, 2 школы, несколько магазинов и ресторан, есть и что-то вроде театра. Новое здание районной больницы отстроено и введено в строй в 2001 г. Современные технологии здесь сосуществуют с древними, разнообразия среди завозимых продуктов питания нет, можно купить и просроченное и испорченное. Но ничего другого не дано, в основе рациона — добываемое и вылавливаемое в округе: грибы, картошка, дичь, рыба. Рыбы здесь много, но бассейн Оби и Иртыша заражен описторхозом, им поражаются карповые, которых есть без тепловой обработки нельзя. Сырость, развитие рыбы очень развито, строганина, свежеприосоленная рыба, вяленая. Поэтому население поражено описторхозом не меньше, чем рыба. Болеют им, видимо, не все, или — до поры не болеют.

Проводилось запланированное мероприятие в районной больнице — посещение, беседа, анкетирование. Больница подключена к Интернету, компьютеры в каждой ординаторской. Есть ультразвуковое оборудование, без эхокардиографии, правда, современный рентгеновский аппарат. Лаборатория работает в ручном режиме, но смотрит (из экзотики) креатинин и сывороточное железо, АЧТВ, использует пластиковые пробирки, собирается смотреть РКФМ и D-димеры. Впрочем, это языки последнего времени, связанные с бурной деятельностью молодого заместителя главного врача Михаила Яковлевича.

Без образования врачей, их знаний и понимая, что стоит за этими исследованиями — ничто работать не будет. А где и как взять эти знания — не ясно. И это главная проблема первичного звена — где взять знания, у кого и как, и — зачем учиться. Сюда не ступала нога медрепа, не ездят сюда лектора, ангажированные фирмами. А система нашего последипломного образования в современном обществе информационных технологий практически перестала работать, не выполняет своих функций — доведения до врачей современных технологий, обучения их применению. С другой стороны, мотивации большой нет, так как знания медицины местного населения не высокого уровня, не высоки субъективные потребности в современных технологиях. Врач может долго работать «по старинке» и, если обладает харизмой, быть уважаемым и почитаемым человеком. Но вместо оказания современной медицинской помощи — реально хоронить больных.

Ясно, что в таких условиях — низкой мотивации и отсталости — разговор о медицине доказательств, стандартах, экономике вызывает у врачей полное отторжение. В Каргаске год Михаил Яковлевич проводил обработку врачей, и

реакция их на встрече не была бурной. Тем не менее, врач-рентгенолог был крайне возмущен неэффективностью цебреолизина — «большим помогает, мы же видим это, а у вас — не работает, может быть, вы не так лечите». Думаю, что этот эпизод был всплеском «эмоций вообще» против навязываемой современной схемы оказания помощи: искусство предлагающей заменить на ремесло. Спросили, зачем порушили замечательную систему Семашко. При ней могли спинального больного отправить в область из района. На мой вопрос — а что будут делать в центре, как лечить такого безнадежного пациента, не напоминает ли это спихотехнику — ответа не последовало. Действительно, зачем, но морально врачам и пациенту было бы легче — вот, в область свозили... Не экономично, но здорово, заботу проявили.

Сама собой всплыла вторая тема — этапность оказания помощи в современной медицине, логистика движения больного от первичного звена. Экономика чудовищная — вылет бригады врачей на вертолете обходится в 5-10 тысяч рублей, транспортировка на вертолете в Томск — похожие цифры. Но если везти в Томск — можно получить деньги из бюджета области — это «специализированная помощь». А если таскать в районе — не важно, больного или бригаду — то за счет бюджета района — это первичная помощь, и на нее денег в субъекте нет. Но их нет и в районном бюджете. Вопрос этот никак не решается и даже не обсуждается. Хотя очевидно, что все дорогостоящие виды помощи должны быть на бюджете субъекта или, страшно сказать, на бюджете государства. Вылет авиации — из их числа.

Но даже если решится вопрос с финансированием авиатранспортировки, возникнут проблемы показаний и противопоказаний для перевода с этапа на этап. В области — фондодержание на первичном звене, и экономического интереса передавать от себя больных в районе нет. Хочется увеличивать объемы помощи на месте. Но всплывает противоречие с возможностями оказания качественной современной помощи. Получается тупик, он обуславливает необходимость разработки стандартных операционных процедур для этапов оказания помощи. Начиная со стандартов для ФАПов.

Кстати о ФАПах. Их осталось мало, позакрывались они из-за отсутствия людей. Нет людей и в участковых больницах. Каким калачом заманивать туда людей — не ясно. Предложить просто денег? За сколько поедет молодой специалист в Средний Васюган, где 3,5 тысячи человек живут совсем не «первого сорта», нет дорог и вообще ничего нет? Если врач из местных — шанс есть, что он вернется после института, а если за его образование платит поселковый совет — шанс выше. Но — не большой. Решения проблемы нет, кроме организации вахтовой работы врачей из ЦРБ или даже области. Вахта такая может длиться несколько месяцев — год, зарплата должна быть раза в 2—3 больше, чем на рабочем месте обычно (зарплата + командировочные + оплата как за дежурство + премиальные + бесплатное проживание). При таком стимулировании, думаю, многие поедут туда работать. Да, это не семейные врачи, но они могут выполнять существенные функции по общему массовому осмотру населения, контролю за лечением хронических болезней. Речь ведь часто идет об отсутствии какой-либо помощи вообще, кроме экстренных авиавывозов в особо тяжелых случаях.

Да и в район как-то нужно заманить молодого человека. Возможно, тоже деньгами (где бы их взять — столько), возможно — жильем. В Каргаске стоимость однокомнатной квартиры около 1,5 млн. рублей, не так чтобы принципиально отличалось это от московских цен. Молодой специалист даже при приличном заработке не может себе позволить такую «покупку». А служебного жилья нет, хотя, конечно, власти могли бы придумать что-то. Ипотека, как образно и точно подмечено — для богатых. Бесплатное жилье, или жилье по очень низким ценам могло бы стать главным стимулом привлечения молодежи. Кстати, не только врачей, но и учителей. А поскольку сегодня жилье — это капитал, товар, то, полученное врачом в собственности лет через

5—7 работы, оно может играть огромную, неоценимую роль: собственник жилья всегда может уехать, продав жилье и купив новое. Он не привязан к месту начала своей работы, он не раб, а свободный человек. Сделать, на мой взгляд, это не сложно, или — не очень сложно, было бы желание. В общем и целом, вопросов много, ответов на них нет, но есть желание что-то менять, настраивать систему на современный лад. Именно систему, а не отдельные услуги или «направления». Конечно, есть приоритеты, конечно, есть экономические и организационные ограничения, но... дорогу осилит идущий.

01.08. Томск—Шира. Пусть всегда будет солнце... Сегодня день полного солнечного затмения, которое будет наблюдаться в Новосибирске где-то около 5 вечера. Мы скоро выезжаем из Томска в этом направлении. Вчера приехали из Каргаска в город, я выехал вперед от своих на Патриоте — новом улучшенном «Козле». Машинка бодрая, прет под 120, в общем, ничего, но дешевость во всем ощущается. И отечественная ненадежность. Хотя после сублетальной травмы Патроля говорить о надежности западных машин как-то...

По дороге встретили скорую из Каргаска в Тобольск, она везла обострение шизофрении, трупик младенца на

Ушкунники за справедливым здравоохранением

(часть 2)
(www.rspor.ru)

П. Воробьев



Томские узоры

Начало на стр. 10

вскрытие, врача, фельдшера и оператора из больницы. В пути шизофреник сходил под себя (а это — 5 часов пути) и бригада вынуждена была его обмыть-переодевать в придорожном кафе. Приятного мало, но это будни отечественного здравоохранения, их нужно учитывать. По нацпроекту «здоровье» в Каргасок поступило немного, но среди прочего — несколько скорых. Машин мало не бывает — заметил философично Михаил Яковлевич.

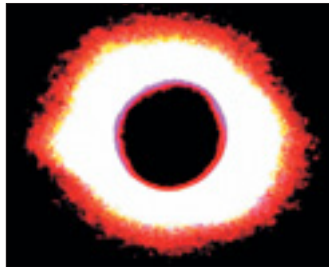


Современное видение Чехова томичами

Город стоит на реке Томь, которая ушла в карьеры, превратившись в небольшой ручеек. Ну не ручеек, но вода занимает меньше половины русла реки. Добывая щебень прямо из реки, по-видимому, повредили какие-то слои глины, и вода вытекла. Та же Томь, выше по течению в Кемерово выглядит куда как солиднее.

Город студенческий, на пол-миллиона жителей 100 тысяч студентов. В основном это университет, мединститут и политех. Даже сейчас, во время каникул, в городе много молодежи. Фасад медицинского института украшен досками и барельефами известных людей, учившихся и работавших здесь, таких, как например, Курлов, Бурденко, Кащенко. Список известных фамилий большой, медицинский институт старый.

Много всякой скульптуры стало появляться на улицах в последние годы. Например, беременная с плодом в виде решеток, ребенок в капюте. На набережной стоит чудной А.П. Чехов, который написал как-то не так про Томск (проезжая по пути на Дальний Восток) и ему «отомстили» через сто лет, написав на памятнике что-то типа «великому писателю от алкаша презренного, «Каштанки» не читавшего». Привет нам с Сахалина от доктора Чехова.



И это — Солнце?

В городе много старинных деревянных зданий. Они стоят чаще поодиночке, не образуя ансамбля, но есть и небольшие кварталы. Часть их уже реставрирована и смотрится великолепно — резные наличники, башенки, мансардочки и балкончики. Вспоминаешь с досадой Тобольск, где эти дома сожжены и где они создавали непередаваемый северный русский колорит на фоне кремля. В Томске их тоже жгли под новое строительство, но сейчас мэр под судом, и пожары прекратились. На горке воссоздан кусок старого деревянного кремля, где был основан город — ворота, надвратная башня, кусок стены. Все — из бревен.

В Департаменте здравоохранения провели совещание по вопросам стандартизации и управления качеством. Договорились о совместной работе, с отработкой модели взаимодействия на этапах оказания помощи на примере Каргасокской больницы. Были страховые компании, городские больницы, кое с кем я уже встречался раньше. Вдвойне приятно встретиться вновь.

Довольно быстро — часа 3 и 3,5 — доехали до Новосибирска. Выехали на дорогу на Барнаул — она в эпицентре события. Сколько раз ездил я по этой дороге к Зиновию Соломоновичу или от него. Теперь ехать не к кому. Под Бердском на берегу моря — кучи народа с фотоаппаратами, столы, палатки. Периодически на обочине стоят отдельные личности со штативами. На каждом съезде в чисто поле — по гайцу с машиной. Такого количества этих отчаянных защитников порядка я не видел. Сто километров проехали — стоят, родные, от нечего делать меряют скорость и секут пересечение сплошной.

По дороге начало темнеть, точнее — света стало меньше, и появился какой-то странный у него оттенок. Через несколько очков отчетливо стала видна тень Луны, справа от солнечного диска, постепенно напозвавшая на него. Когда стало понятно — по часам — что до затмения несколько минут — свернули в поле. Свет — тревожный, немного панический, с каким-то металлическим оттенком. В небе носятся три орла. Внезапно — выключили свет. Вокруг все замерло, исчезли звуки. Даже машины остановились. Отчетливый черный диск в середине солнца, корона, протуберанцы вокруг него. Появились несколько звезд. Мы стали прыгать и кричать: «Ура!». А вокруг — небо было ясным — вокруг везде закат. И ветер, довольно сильный ветер подул. Зрелище — не для слабонервных, если не знать, что это должно быть — можно сойти с ума. Все это продолжалось 2 минуты и так же внезапно из-за луны вылетел яркий луч, и все осветилось, зажило, появились звуки. Но еще довольно долго было видно — а вокруг был хороший обзор — как шла ночь по полям.

От Мариинска свернули на грейдер. Ночью окружающий пейзаж был не виден. По Красноярскому краю дорога в основном без асфальта, только в деревнях он появлялся. Проезжали очень узкие деревянные мосты. Дорога ровная, все время шли под 120. Везде указатели, да и маршрут был прописан заранее. Поэтому без труда мы пересекли Хакасскую границу и взяли курс на Шири (ударение на последнем слоге). Туда приехали лишь к утру, около 1000 километров за день (и ночь) пути.

Продолжение следует

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

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

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начало выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИЦИНА 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 2009 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте). Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

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

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, а/я 2, Издательство «Ньюдиамед». При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57 E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspog.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%).

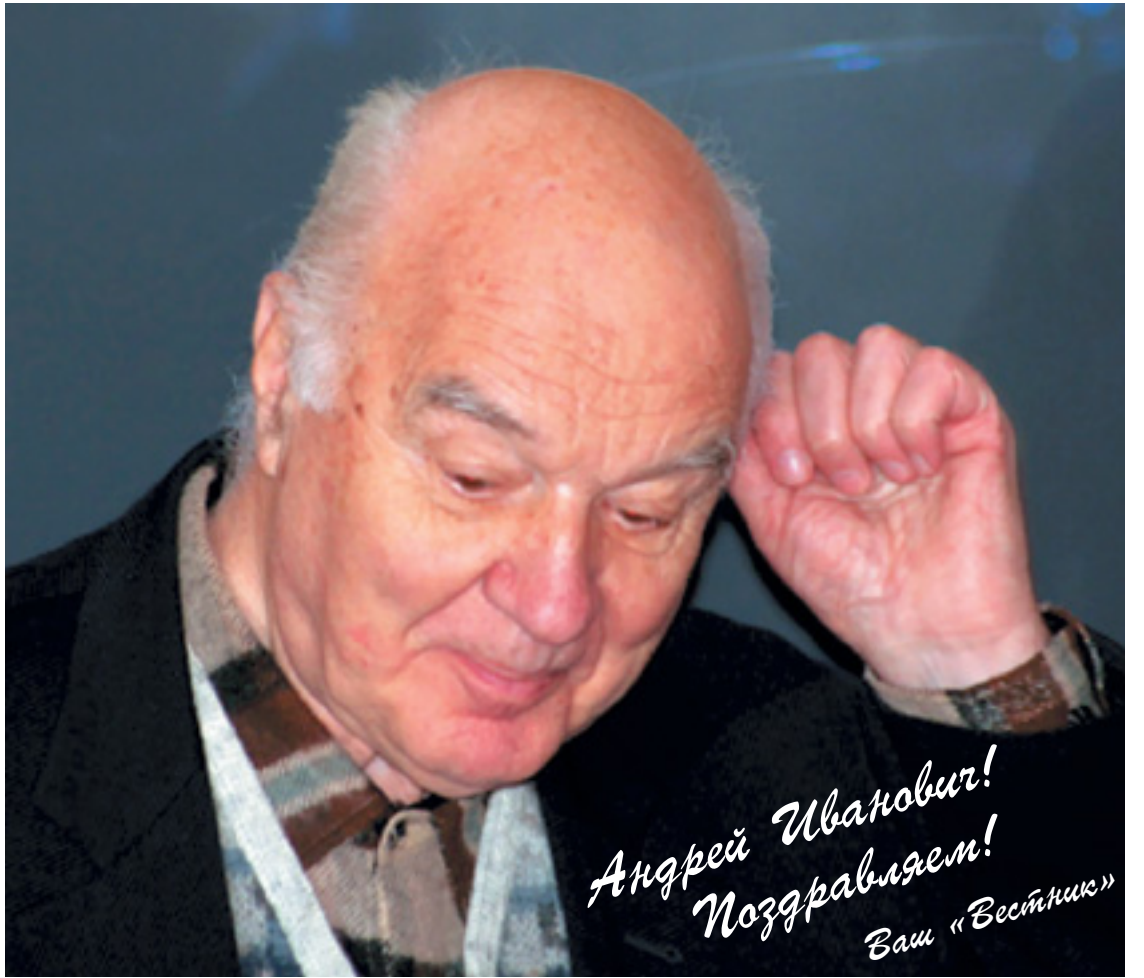
Ч Е Л О В Е К И И Н Ф Е К Ц И Я

П р и г л а ш е н и е

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

2 декабря 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

П У Л М О Н О Л О Г И Ч Е С К А Я С Е К Ц И Я



К А Р Д И О Л О Г И Ч Е С К А Я С Е К Ц И Я

П р и г л а ш е н и е

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

20 ноября 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

А Н Г И О Л О Г И Ч Е С К А Я С Е К Ц И Я

К А Р Д И О Л О Г И Ч Е С К А Я С Е К Ц И Я

П р и г л а ш е н и е

«Сахарный диабет — междисциплинарная проблема»

18 декабря 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

А Н Г И О Л О Г И Ч Е С К А Я С Е К Ц И Я

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

<p>New! ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА 2006 г., 184 стр., м.о.</p> <p>Под ред. Ноздровой В.Ф., Воробьева П.А. New! ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии 2006 г., 154 с., м.о.</p> <p>П.А. Воробьев ЛЕНОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА 2008 г., 80 стр., м.о.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. New! СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА 3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА 3 издание 2007 г., CD</p> <p>Александр Ю.И. МНОГОЛЕТКАЯ ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 232 с., тв. п.</p> <p>Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2006 г., 632 с., тв. п.</p> <p>Горлова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ 2006 г., 51 с., м.о.</p> <p>Голик Е.Е., Голик Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения 2006 г., 254 с., тв.п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. ГЕРАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ том 1, 2002 г., 440 с., тв.п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ» 2005 г., 76 с., м.о.</p> <p>Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 2007 г., 1275 с. с ил., тв. п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ. ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 2008 г., 792 стр., тв.п.</p>	<p>New! СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 2007 г., 430 с., тв. п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2004 г., 540 с., тв. п.</p> <p>В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРАТРИИ 2004 г., 136 с., тв. п.</p> <p>СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 2004-2006 г. CD.</p> <p>НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2004 г. CD.</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И НЕХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 2004 г., 64 с., м.о.</p> <p>П.А. Бубнова-Рыбникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА 2003 г., 228 с., тв. п.</p> <p>СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2003 г., CD.</p> <p>П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 2001 г., 168 с., тв. п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА 2001 г., 288 с., тв. п., м.о.</p> <p>Б.В. Петровский ГЕРОИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ 2001 г., 200 с., тв. п.</p> <p>Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Крестьянской АТЛАС. ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ 2007 г., 294 с. с ил., тв. п.</p> <p>Под ред. Л.М. Горловой ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ 2000 г., 362 с., тв. п.</p> <p>Б.П. Боголюбов ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА 2007 г., 653 с., тв. п.</p> <p>А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОВЫЛИ. ВЗГЛЯД ВРАЧА 1996 г., 180 с., м.о.</p>
---	--

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 7000 экз.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.
РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев
Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко
Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., 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.П., 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., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.
Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно
Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед
Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net
Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38
При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.
За рекламную информацию редакция ответственности не несет.
Рекламная информация обозначена **δ**