



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Когда 20–30 лет назад мы писали статьи, готовили научные работы для обоснования значимости, актуальности проблемы исследования сердечно-сосудистых заболеваний, мы всегда указывали, что основная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний превышает 50% в экономически развитых странах, например, в США, Англии, Германии. Если посмотреть на ситуацию сейчас, основываясь на данных ВОЗ, то в России как и 20–30 лет назад смертность от инсультов и коронарной патологии превышает 50%. Если посмотреть на ожидаемую продолжительность жизни, то оказывается, что и для мужчин и для женщин в среднем она значительно ниже чем по Европе. Действительно, в большинстве экономически развитых государств за эти 20–30 лет произошли достаточно позитивные изменения в увеличении продолжительности жизни, в уменьшении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Во Франции продолжительность жизни уже превысила 82 года и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет менее 15% от общего количества. В США ситуация также значительно лучше чем в России. В ряде стран, например во Франции, где здравоохранение наверно наиболее социально ориентировано и действительно бесплатно, а не декларируется таковым, успехи очень впечатляющие. А когда смотришь на цифры в нашей стране, то перспективы не очень радуют, и в первую очередь потому, что беря самое плохое из каких-то элементов обустройства здравоохранения США, наше здравоохранение превращается в бизнес. Основная задача здравоохранения вместо достижения более высокого уровня здоровья переворачивается с ног на голову.

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ			
Причины	Количество смертей		Утерянные годы жизни (%)
	Тыс.	(%)	
ВСЕ ПРИЧИНЫ	2400	100	100
ИБС	711	30	21
Нарушения мозгового кровообращения	533	22	13
Отравления	66	3	5
Травматизм	59	3	5
Рак органов дыхания	58	2	2
Насилие	47	2	4
Дорожные происшествия	44	2	4
Рак желудка	44	2	2
Рак толстого кишечника	38	2	1
Цирроз печени	37	2	2

Мы сейчас в кардиологическом центре пытаемся достигнуть того, чтобы предоставить как можно больше высококвалифицированной помощи населению. В связи с этим вспоминаются данные Кубы в сравнении с США: более чем в 10 раз меньше количество врачей, количество таблеток статинов, принятых пациентами, в тысячи раз меньше чем в США, но при этом смертность от сердечно-сосудистых заболеваний значительно ниже, чем в США, и ожидаемая продолжительность жизни на год больше, чем в США. Вполне возможно, что элементы организации здравоохранения имеют гораздо большее значение, чем просто формальное предоставление какой-то медицинской помощи.

Возвращаясь к данным, предоставленным Национальным центром здоровья в различных возрастных группах: на всей популяции мы видим, что процентный охват населения сердечно-сосудистыми заболеваниями очень существенно растет с возрастом. Определенные достижения связаны с тем, что в тех странах, где это заболевание диагностируется раньше, где созданы условия, чтоб остановить его дальнейшее развитие, там и получается эффективная борьба с заболеванием.

Сердечно-сосудистые заболевания являются очень распространенными заболеваниями в мире, и вызывают их сужение просвета сосудов. Самым взвешенным определением атеросклероза сосудов является экспертное определение ВОЗ: атеросклероз — варибельная

АТЕРОСКЛЕРОЗ. КЛЕТОЧНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА.

З.А. Габбасов, С.Г. Козлов

(из доклада на 13-й конференции «Пожилой больной. Качество жизни», М., 01.10.08)

комбинация изменений внутренней оболочки артерий, включающая накопление липидов, сложных углеводов, клеток гематогенного происхождения, фиброзной ткани и кальцификацию. Чем хорошо это определение? В первую очередь здесь сформулированы все основные участники процесса. Это определение можно оценить с разных точек зрения, ведь различных теорий атерогенеза существует довольно много. Что касается липидов и сложных углеводов, на данный момент известно очень много о том, что с ними происходит, почему они накапливаются, как с этим бороться. Но при этом следует отметить, что и липиды, и углеводы являются на самом деле строительным материалом для клеток.

Почему возникают стенозирующие поражения? Это разрастание фиброзной ткани. Фиброзная ткань ниоткуда не берется, меняется по результатам деятельности клеток, и здесь на вершину выходит клеточный аспект развития атеросклероза сосудов. Что за клетки? Почему они там оказываются? В интима здоровых сосудов клеток нет. В атеросклеротическом утолщении стенки сосуда обнаруживается костная пластинка, но ведь она не возникает сама собой. Там присутствуют остеобласты и вызывающие резорбцию костной ткани остеокласты. В зоне, где наблюдается фиброз, наблюдаются скопления фиброцитоподобных клеток. В зоне, где мы видим утолщение, не должно быть никакого клеточного материала, а там — целый спектр самых разнообразных клеток от фибробластоподобных до гематогенного происхождения.

После отложения белкового костного матрикса происходит его кальцификация. Так какие же клетки принимают участие в формировании атеросклеротической бляшки? Откуда берется такое разнообразие клеток? Почему происходит фиброз и кальцификация? В опытах *in situ* еще лет десять назад было показано, что если повредить эндотелий, то под ним через некоторое время обнаруживаются клеточные скопления гематогенного происхождения. Если посмотреть морфологически, то это могут быть разнообразные клетки: лимфоцитоподобные, и бластные клетки, и моноциты, и тучные клетки. Полной неожиданностью было, и это показано Э.Л. Соболевой и соавт. (1986—1995 гг.), присутствие в интима пораженной атероматозом аорты человека стромальных и

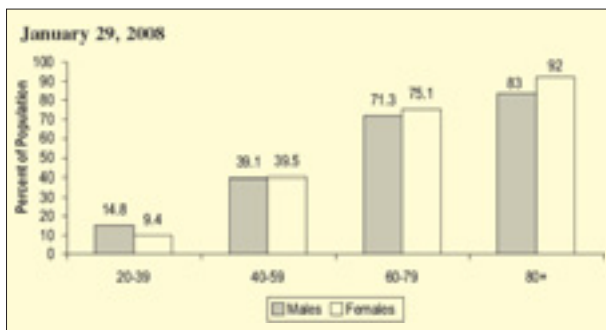
гемопоэтических колониобразующих клеток. Эта категория клеток, которую в начале 70-ых годов А.Я. Фриденштейн в 1970 г. назвал «колониобразующие единицы для фибробластов» — плюрипотентные стволовые клетки, дают рост клеткам различных линий дифференцировки и в тест-системах *in vitro* формируют стромальные колонии.

Именно такие колониобразующие стволовые клетки и были обнаружены в интима пораженного сосуда. Стромальная дифференцировка клеток интимы может проявляться в фиброзе, формировании костного или хрящевого матрикса, кальцификации, появлении остеокластов и адипоцитов, локусах эктопического кроветворения в новом микроокружении. Это может многое объяснять, но непонятным становится другое — каким образом эти клетки туда попадают? Это был вопрос, на который долгое время не могли найти ответа. К чему приводит это попадание? В первую очередь — поскольку при различных условиях эти клетки могут создавать определенные клоны стромальных клеток и фиброз и формирование костного матрикса с последующей кальцификацией, вплоть до формирования локусов внутрисосудистого кроветворения. Когда Фриденштейн обнаружил эти клетки в костном мозге, то он категорически заметил, что циркулировать в кровотоке эти клетки не могут.

Плюрипотентные стромальные стволовые клетки (КОЕ-Ф) циркулируют в периферическом кровотоке, и возможность этого циркулирования пришлось доказывать очень долго. Сейчас это уже доказано. Каким образом они из костного мозга попадают в кровоток? По всей видимости, по сигналу с сосудистой стенки (ее повреждение — от механического до внедрения вирусной инфекции). Циркулирующие в крови стромальные клетки-предшественники костномозгового происхождения принимают активное участие в патогенезе атеросклероза человека. Если у здорового человека такие стромальные стволовые клетки в кровотоке обнаружить не удается практически никогда (в одном из исследований — у 3 из 66 здоровых людей). А в крови больных ИБС у всех обнаруживаются эти клетки. Эти клетки мы в экспериментах *in vitro* выделяем из крови и помещаем в разные условия, в результате получаем колонии, которые формируют коллагеновый матрикс или остеоидный матрикс.

Сама по себе методика клонального исследования может рассматриваться как золотой стандарт, неопровержимое доказательство, но для того чтобы получить более ощутимые результаты обследования с большим массивом пациентов, мы попробовали методику проточной цитофлуориметрии и попытались использовать тот нюанс, что колонии, которые формировали *in vitro* костный матрикс, всегда окрашивались на неколлагеновый белок костной ткани остеоонектин. С использованием антител к поверхности клеток на остеоонектин мы разработали методики, которые позволяли нам выделить эти остеоонектинположительные клетки в кровотоке. При исследовании большой группы пациентов (более 150) мы получили также, что у больных ИБС по сравнению со здоровыми и по сравнению с пациентами, у которых нет документированных стенозирующих поражений сосудов в циркуляции, выявляется большое количество остеоонектинположительных, нехарактерных для здоровых людей клеток. Циркулирующие в крови костномозговые клетки-предшественники стромальной дифференцировки принимают активное участие в развитии стенозирующих процессов в сосудистой стенке.

Гипотеза: Атеросклероз и его проявления в виде стеноза являются побочным результатом «природной клеточной терапии» сосудистой стенки. «Терапия» сосудистой стенки осуществляется с использованием универсального механизма репарации тканей: мобилизации универсальных клеток-предшественников костномозгового происхождения, их миграции в область повреждения и локальной дифференцировки. И если рассматривать такой механизм атерогенеза, то тип склерозирования (фиброз, оссификация, хондрогенез, формирование адипозной ткани) определяется микроокружением, в котором клетки-предшественники попадают или создают сами. Этой концепции мы придерживаемся и разрабатываем ее уже более 25 лет. Мы все чаще находим подтверждения этой концепции в работах зарубежных авторов.



ИнтерНьюс

Профессора престижного института наказали за фальсификацию результатов

Биолог Люк Ван Парийс представил ложные данные в 5 заявках на грант и 10 научных работах, 7 из которых были опубликованы. Кроме того, фальсификации были выявлены в неопубликованных трудах и презентациях ученого. Ван Парийс не сможет получать бюджетные средства на свои исследования в течение 5 лет. Это достаточно суровое наказание: обычно в США за подобные нарушения научной этики человек лишается господдержки на срок от 1 до 3 лет. Изначально Ван Парийс специализировался на иммунологии, однако позже переключился на исследование недавно открытого процесса РНК-интерференции. Организация, расследующая случаи фальсификации научных данных, выяснила, что ученый публиковал ложные результаты экспериментов с клеточными культурами. В частности, данные, полученные на одном типе клеток, он выдавал за данные для других типов. Кроме того, ученый приписывал результаты, о которых он рассказывал на научных конференциях, своим аспирантам. Именно они впервые сообщили о странном поведении Ван Парийса руководству. За время своей карьеры ученый работал в таких известных учреждениях как Калифорнийский технологический институт и Массачусетский технологический институт (MIT), где состоял в должности адъюнкт-профессора. В 2005 г. MIT уволил Ван Парийса. Несколько журналов, где были опубликованы статьи Ван Парийса, уже поместили сообщение о том, что их следует считать недействительными. Однако с момента публикации статьи были процитированы в работах других ученых, в том числе, в одном из обзоров. За последний год в научном мире произошло еще два громких скандала, связанных с публикацией неподтверждаемых данных. В марте коллектив ученых, в число которых входила Нобелевский лауреат Линда Бак, объявил о том, что дезавуируют свою статью, так как авторы не смогли воспроизвести приведенные в ней результаты. В августе за научную недобросовестность профессорского звания был лишен Рузи Талейархан, который заявлял, что ему удалось провести реакцию холодного термоядерного синтеза.

Источник:

Портал «Вечная молодость»
www.vechnayamolodost.ru

500 тысяч наркоманов, не мало ль будет?

Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) ООН считает необъективными данные российской официальной статистики, свидетельствующие о том, что в России всего около 500 тысяч наркозависимых, сообщила представитель России в этой организации, директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. Сербского Т. Дмитриева. «Вся статистика (о числе наркозависимых), представляемая Россией, вызывает недоверие у МККН», — сказала Дмитриева. По ее мнению, данные о 500 тысячах наркоманов — «это явно заниженная цифра». Число людей, употребляющих наркотики, принято рассчитывать по формуле «умножить на 5». Таким образом, реальное число наркозависимых приближается к 2,5 миллиона человек. Вместе с тем, Дмитриева склонна критически оценивать и эту цифру. «Я думаю, что реально это число меньше. Это проблема точных расчетов, которых нет ни в России, ни на Украине, ни в Казахстане. Это проблема всех бывших республик Советского Союза». По ее словам, до 90% потребителей наркотиков получают опийные препараты. Это означает, что рано или поздно потребитель таких наркотиков попадет на учет либо в органах милиции, либо у медиков. Наркозависимость в России носит характер эпидемии: ежедневно от употребления наркотиков умирают более 80 человек, свыше 250 становятся наркоманами.

Источник: GZT.ru

Это главный вывод участников конференции, посвященной экономике здравоохранения, прошедшей 9–10 марта 2009 года в Белграде, Сербия. Ведущие экономисты здравоохранения из Бельгии, Греции, Польши, России, Сербии, Словакии, Словении, США, Турции, Хорватии, Чехии, представили свои доклады о состоянии экономики здравоохранения, принятии решений в странах Восточной Европы. Россию на конференции представляли президент МОООФИ, профессор П.А. Воробьев и исполнительный директор О.В. Борисенко. Конференция проводилась Сербским национальным отделением Международного общества фармакоэкономических исследований и оценки результатов (ISPOR).

Коррупция, лобби фармацевтических компаний и пассивность чиновников — главные препятствия реформам здравоохранения

О. Борисенко

Президент турецкого отделения ISPOR Цанкат Тулунай привел массу примеров влияния фармацевтических компаний на результаты клинических исследований, публикацию отрицательных результатов, а также примеры неэтичного маркетинга. В мире постоянно усиливается настороженность в отношении неэтичных действий компаний. Появились прецеденты крупных исков пострадавших пациентов фармацевтическим компаниям. Недавно за неэтичный маркетинг в США «длинным долларом» были наказаны Эли Лилли и Пфайзер.

Во многом связанная с этим проблема — отсутствие практики управления конфликтом интересов. Только 1% исследователей и членов комиссий, принимающих решения в здравоохранении, сообщают о наличии или отсутствии конфликта интересов. Это может привести к печальным для общества последствиям — разрешению использования опасных или неэффективных технологий. Так известно, что если бы из комиссии Администрации по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами (FDA), которая рассматривала заявку на регистрацию препарата Виокс (нестероидный противовоспалительный препарат, ингибитор ЦОГ-2, при применении которого значительно повышался риск развития инфаркта и инсульта, в США от препарата пострадали несколько десятков тысяч человек), были удалены лица, имеющие конфликт интересов, то комиссия вынесла бы отрицательный вердикт.

Важнейший вопрос, обсуждаемый на конференции, — реальная эффективность различных стратегий оптимизации и сдерживания расходов на здравоохранение. Например, технологии дженерической замены, которые призваны значительно сократить расходы на лекарства за счет закупки более дешевых препаратов во многих странах с непрозрачным ценообразованием, не работают. Так в Польше дженерики стоят всего на 15–20% дешевле оригинальных препаратов. В России ситуация аналогичная. В то же время в США дженерики стоят на 80% дешевле. Очевидно, что отсутствие в нашей стране какой-либо внятной, научно-обоснованной стратегии ценообразования приводит в пустой



ное здравоохранение, в котором все граждане имеют равный доступ к предоставляемой государством медицинской помощи. Павел Андреевич озвучил концепцию, в которой устройство системы здравоохранения определяется сменой медицинских технологий — т. е. система призвана обеспечить доступ к самым разным медицинским технологиям — от простых до ультрасовременных. В системе Семашко, ориентированной на первичное звено, не было места для высокотехнологичной помощи. Что касается оценки деятельности Всемирного банка в России — П.А. Воробьев отметил, что многие реформы были поддержаны этой организацией, в целом была проделана огромная консультативная работа, однако в определенной степени это были отдельные предложения и решения, во многом потому, что системы здравоохранения как таковой в России нет.

Любопытно, что все докладчики так или иначе возвращались к одной теме — пассивности и нежеланию перемен чиновников и политиков. Большое число благородных заявлений — лишь элементы предвыборной агитации. Например, в Англии чиновники «не послушали» рекомендации Института клинического мастерства NICE относительно финансирования затратного, но малоэффективного лечения рассеянного склероза, так как дело было накануне выборов, и портить отношения с избирателями не хотелось.

Интересную мысль высказал В. Зак, президент сербского общества — система здравоохранения, впрочем, как и другие экономические системы — стремится к развитию максимальной степени коррумпированности. Она существует во всех сферах человеческой деятельности и борьба с ней — вопрос серьезной государственной честности и политики. Однако если говорить о России, то и сегодня, не дожидаясь принятия «эффективных» антикоррупционных законов, можно сделать работу нашего Минздрава более открытой — сделать доступными на Интернет-сайте материалы, имеющие отношение к принимаемым решениям: протоколы заседаний, заявки, процедуры, ответственных и др.

Широко обсуждались проблемы, связанные с экономическим кризисом. Наибольший интерес вызывает план администрации президента США Б. Обамы в части здравоохранения: клиничко-экономические исследования медицинских технологий (более 1 млрд. долларов!) — определение наиболее оптимальных с позиций «затраты—эффективность» технологий, информатизация системы здравоохранения, оптимизация расходов на здравоохранение. Американскому здравоохранению поставлена цель: сделать медицинскую помощь доступной для незащищенных слоев населения и оптимизировать расходы.

Однако в нашей стране отсутствует какая-либо четкая понятная стратегия преодоления последствий кризиса, в здравоохранении в частности. Надежды на эффективное управление нашей медициной в условиях полной неопределенности, при отсутствии взаимодействия со специалистами и экспертами нет.

Были обсуждены возможности постоянных контактов между специалистами восточноевропейских стран, написания меморандума о взаимодействии фармакоэкономических обществ, который предложено обсудить на осеннем конгрессе ISPOR 2009 г.



трате денег. Отличие эффективности дженериков от оригинальных препаратов на 10–15% при цене ниже на 10–15% может означать меньшую затратную эффективность и полную бессмысленность наличия подобных дженериков!

Повсеместно декларируется, что достаточно высокие цены на лекарства во многом объясняются необходимостью перспективных разработок новых лекарств, исследованиями терапевтического действия лекарств. Однако, что известно о том, сколько дженериковые компании инвестируют в разработки? Или проводят пострегистрационные исследования? Или вносят какой-либо вклад в понимание механизма действия лекарств?

С большим интересом было встречено выступление президента МОООФИ, профессора П.А. Воробьева о месте экономики в контексте системы здравоохранения. К сожа-

Организационный комитет премии Московского городского научного общества терапевтов имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева 2008 года завершил сбор информации о кандидатах на соискание премии.

По результатам рассмотрения поступивших заявок, на заседании Организационного комитета, 11 марта 2009 года, номинантами на соискание премии стали:

1. Павел Андреевич Воробьев, профессор, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова;
2. Валентина Александровна Насонова, академик РАМН, профессор, почетный директор Института ревматологии РАМН;

Оргкомитет

* Состав жюри премии им. Д.Д. Плетнева (академик РАМН, профессор Мухин Николай Алексеевич, член-корреспондент РАМН, профессор Гогин Евгений Евгеньевич, член-корреспондент РАМН, профессор Маколкин Владимир Иванович, д.м.н., профессор Лазебник Леонид Борисович, член-корреспондент РАМН, профессор Симоненко Владимир Борисович) утвержден 24.12.08 на основании результатов голосования членов Правления МГНОТ



Обоснование участия в конкурсе

Академик РАМН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, профессор Валентина Александровна Насонова — выдающийся ученый-ревматолог с мировым именем, много лет являющаяся главным ревматологом страны, почетный директор Института ревматологии РАМН, почетный президент Ассоциации ревматологов России, почетный член Европейской антиревматической лиги и целого ряда национальных ревматологических обществ стран Европы, Азии и Северной Америки.



Валентина Александровна — славная представительница московской терапевтической школы, ученица академика Е.М. Тареева, сочетающая гуманизм истинно русского врача, глубину знаний, широту интересов, смелость мысли и точность предвидения энциклопедически образованного ученого, опыт умелого организатора науки и талант настоящего учителя. Она отдала медицинской науке и здравоохранению более 60 лет, в том числе возглавляла в течение 30 лет Институт ревматологии РАМН, ставший под ее руководством крупнейшим центром отечественной науки и клинической практики, охватывающим все направления современной ревматологии.

В.А. Насонова всегда была и остается генератором передовых идей, организатором новых направлений исследований в отечественной ревматологии и смежных дисциплинах. Будучи директором Института ревматологии, Валентина Александровна всячески способствовала развитию иммунологии, вирусологии, эпидемиологии, генетики и экспериментального моделирования ревматических заболеваний. Под ее руководством успешно выполнялись комплексные работы по изучению роли инфекции в этиологии и патогенезе ревматических заболеваний и определению влияния других внешнесредовых (курение, характер питания и др.), а также семейных и генетических факторов на их развитие и течение; глубоко рассматривались вопросы системности, полового диморфизма и возрастной гетерогенности (в частности, ревматических заболеваний у подростков и стариков) и др. Валентина Александровна и ее сотрудники явились пионерами в изучении в нашей стране проблем антифосфолипидного синдрома и системного остеопороза, приобретших в настоящее время статус поистине междисциплинарных. Благодаря Валентине Александровне такая «старая» болезнь человека, как подагра, как бы получила новое качество, обоснованно заняв свое место в общем метаболическом синдроме.

В последние годы В.А. Насонова уделяет большое внимание важнейшей проблеме современности — определению медико-социального бремени ревматических заболеваний и поискам путей его снижения. В широкий круг научно-практических интересов академика В.А. Насоновой входят также такие клинические аспекты ревматологии, как ревматическая лихорадка, Лайм-боррелиоз, ревматоидный артрит и ревматоидный васкулит, остеопороз и остеопороз, проблема эффективности и безопасности антиревматической терапии и многие другие. Под руководством Валентины Александровны и при ее непосредственном участии впервые были разработаны и внедрены в отечественную практику принципы и методы комплексной гормонально-цитотоксической терапии и интенсивные методы лечения (экстракорпоральная и «пульс-терапия») ревматологических больных, радикально изменившие прогноз у тысяч ранее обреченных пациентов.

Общезвестны заслуги академика В.А. Насоновой во всестороннем изучении группы тяжелых ауто-

иммунных ревматических заболеваний («коллагенозов»), в первую очередь — системной красной волчанки, а также системной склеродермии, дермато/полимиозита, болезни Шегрена, системных васкулитов, и др. Разработанные Валентиной Александровной диагностические критерии и рабочая классификация системной красной волчанки, не имевшая в те годы зарубежных аналогов, стали образцом для создания отечественных критериев диагностики и классификаций основных ревматических заболеваний, столь необходимых для решения научных и практических задач ревматологии.

Валентина Александровна — автор более 600 научных статей и 10 монографий, включая фундаментальное руководство «Ревматические болезни». Ее работы являются настольными книгами для тысяч ревматологов и врачей других специальностей.

Под руководством академика Насоновой выполнено около 30 кандидатских и более 10 докторских диссертаций. Блестящий лектор и пропагандист знаний в области ревматологии, Валентина Александровна явилась создателем не только современной школы российских ревматологов, но и национальных центров ревматологии во многих странах СНГ.

Благодаря неустанной работе Валентины Александровны Насоновой на посту главного специалиста Минздрава, в стране была сохранена и получила мощное развитие система государственной ревматологической службы. Валентину Александровну знают и высоко ценят ревматологи во всех уголках России, где она побывала с лекциями, докладами и выступлениями, участвуя в выездных республиканских и межобластных конференциях и съездах, проводя блестящие клинические разборы.

Многолетняя и многогранная деятельность академика В.А. Насоновой высоко оценена в своей стране: она награждена многими правительственными наградами, включая ордена Трудового Красного Знамени и «Знак почета», почетными грамотами Министерства здравоохранения, АМН СССР и РАМН. В 2007 г. Валентина Александровна была удостоена международной премии «Профессия—Жизнь» в номинации «Легенда мировой медицины».

О высоком признании заслуг академика Валентины Насоновой перед мировым ревматологическим сообществом свидетельствует ее избрание Президентом EULAR. Она являлась организатором и председателем X Европейского конгресса ревматологов в Москве (1983 г.), о котором до сих пор с восторгом и благодарностью вспоминают ревматологи из разных стран мира.

Представление на премию им. Д.Д. Плетнева



Согласно объявлению в Вестнике МГНОТ № 1(90) от января 2009 г. я, Ноников В.Е. член Правления МГНОТ,двигаю кандидатуру доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ, руководителя отдела стандартизации в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова

Воробьева Павла Андреевича для участия в конкурсе на премию МГНОТ им. Д.Д. Плетнева за 2008 г.

Воробьев П.А., 1958 года рождения, окончил в 1980 г. 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова и до настоящего времени работает в стенах этого вуза, пройдя путь от клинического ординатора кафедры госпитальной терапии 2-го лечебного факультета до заведующего кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ.

В докторской диссертации П.А. Воробьева (1997) освещен многолетний опыт автора по применению

плазмафереза при различных заболеваниях внутренних органов, включая системные васкулиты, бронхиальную астму, синдром длительного сдавления, анемию хронических коагулопатий, в том числе — пионерские работы по антифосфолипидному синдрому и т. д. Результаты этих исследований обобщены П.А. Воробьевым в книгах «Прерывистый лечебный плазмаферез», «Актуальный гемостаз», «Анемический синдром в клинической практике».

Большое место в работах П.А. Воробьева принадлежит проблемам интенсивной терапии в условиях природных и техногенных катастроф. П.А. Воробьев участвовал в работах по ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС (1986), последствий землетрясения в Армении (1988), взрыва поездов под Уфой (1989). Этому опыту посвящена книга «До и после Чернобыля. Взгляд врача» (1996), написанная в соавторстве с А.И. Воробьевым.

П.А. Воробьев — один из пионеров развития гериатрии в современной России. В 1996 г. организовал ежегодный геронтологический форум с международным участием «Пожилой больной. Качество жизни». Под его редакцией вышел двухтомник «Гериатрия в лекциях». За разработку вопросов геронтофармакологии в 2003 г. П.А. Воробьев удостоен премии им. Т.И. Ерощевского.

П.А. Воробьев разработал оригинальную тромбоцитарно-эндотелиальную теорию старения, базирующуюся на представлениях о взаимодействии тромбоцитов и поврежденного эндотелия, воздействии ростовых факторов и цитокинов на иммунокомпетентные клетки и клетки-предшественники, развитии фибропластических процессов и остеосинтеза локально в сосудистой стенке, что приводит к нарушению функций органов, развитию сенильной полиорганной недостаточности.

Начав в 1986 г. заниматься проблемами автоматизации в работе врача, П.А. Воробьев с коллективом программистов и врачей экспертов разработал оригинальную структуру автоматизированных рабочих мест врачей: специальные советуемые системы по установке основных терапевтических диагнозов. Эта работа привела к появлению «Спутника интерниста по лабораторной и инструментальной диагностике», выдержавшего 5 переизданий (1993—2001 гг.) и ежегодно переиздаваемого с 2004 г. «Справочника лекарственных средств Формулярного комитета РАМН».

Работы по усовершенствованию программного обеспечения для врачей вызвало к жизни новое направление в развитии современного здравоохранения — стандартизация. Система стандартизации в здравоохранении создается под руководством П.А. Воробьева с 1992 г. К этой деятельности близко примыкает развитие клинко-экономических исследований, разработка алгоритмов и правил принятия решений. С 1999 г. П.А. Воробьев является президентом Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований», являющейся национальным отделением Международного общества фармакоэкономических исследований и оценки результатов (ISPOR). П.А. Воробьев стажировался и сотрудничает по вопросам экономики здравоохранения с Лондонской школой экономических и политических наук, под его руководством выполнено большое число клинко-экономических исследований различных медицинских технологий, вышло 3 руководства по этой проблеме. В 2008 г. награжден международной премией ISPOR за развитие фармакоэкономики в регионе.

Оптимизация принятия клинических решений нашла отражение в серии методических публикаций по дифференциальной диагностике во внутренней медицине: «Дифференциальная диагностика и лечение нарушений гемостаза», «Дифференциальный диагноз и лечение при анемическом синдроме», «Недостаточность функции почек», «Гемобласты в практике терапевта», «Синдромы диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови», «Лихорадка без диагноза».

При непосредственном участии П.А. Воробьева был создан Формулярный комитет РАМН. Деятельность Формулярного комитета, где П.А. Воробьев является заместителем председателя, является воплощением принципов медицины, основанной на доказательствах, и клинко-экономических исследований в практику принятия решений.

Много сил прикладывает П.А. Воробьев к развитию Московского городского научного общества терапевтов. В 1999 г. он провел юридическую перерегистрацию общества, наладил его финансирование, создал 4 новые секции (кардиологическую, ангиологическую, «человек и инфекции», пульмонологическую), начал проведение научно-практических школ для врачей города, возобновил публикации материалов МГНОТ вначале в журнале «Клиническая геронтология», а позднее в газете «Вестник МГНОТ». В 2007 г. П.А. Воробьев разработал положение по учреждению премии МГНОТ им. Д.Д. Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы. Неоднократно П.А. Воробьев выступал на пленарных заседаниях общества, является постоянным оппонентом на заседаниях созданных им секций.

ИнтерНьюс

Ученые провели исследование эффективности диет с различным содержанием питательных веществ при коррекции избыточного веса

811 человек было случайным образом разделено на 4 группы. Каждая группа получала свою диету: 1-я — 20% жиров, 15% белков и 65% углеводов; 2-я — 20% жиров, 25% белков и 55% углеводов; 3-я — 40% жиров, 15% белков и 45% углеводов; 4-я — 40% жиров, 25% белков и 35% углеводов. Во всех 4 группах рацион питания составляли одинаковые продукты в разных пропорциях, он соответствовал рекомендациям по поддержанию здоровья сердечно-сосудистой системы (не более 8% насыщенных жирных кислот, не менее 20 г клетчатки в день, не более 150 мг холестерина на 1000 ккал). Диета содержала на 750 ккал/сут меньшую энергетическую ценность, чем необходимая расчетная. Наблюдение за участниками велось на протяжении 2 лет. Закончило исследование 80% участников. Во всех группах к 6-му месяцу наблюдения среднее снижение массы тела было примерно одинаковым и составило 6 кг (около 7% от изначальной массы тела участника). Через 12 месяцев масса тела снова начинала увеличиваться. К концу 2-го года наблюдения снижение массы тела в различных группах было практически одинаковым — в среднем 3–4 кг. В то же время от 14% до 15% участников потеряли не менее 10% массы тела (10–12 кг). Во всех группах люди испытывали равную насыщенность и удовлетворенность потребляемой пищей. Во всех группах отмечалось улучшение липидного профиля крови, а также уровней инсулина крови натощак.

Источник: www.vechnayamolodost.ru

101-й способ честно заработать 6,75 миллиона долларов

О решении суда округа Риверсайд сообщил журналистам адвокат потерпевшей Ш. Мерфи. По словам Мерфи, его 56-летняя клиентка заразилась передающимся половым путем заболеванием от своего 77-летнего партнера. В ходе судебного разбирательства было доказано, что мужчина знал о своем заболевании на протяжении как минимум 25 лет, однако не предупредил об этом потерпевшую и не предпринимал никаких мер, чтобы защитить ее от инфекции, в частности — не пользовался презервативами. В соответствии с решением суда, ответчик должен будет выплатить пострадавшей 4 млн. долларов в качестве компенсации морального ущерба, а также еще 2,75 млн. в качестве так называемого «карательного» возмещения убытков (дополнительные выплаты в пользу пострадавших, назначаемые судом для предостережения лиц, совершающих аналогичные преступления).

Источник: medportal.ru

Крылья, крылья — главное хвост...

Минздравсоцразвития России в связи с кризисом не сворачивает ни одной из программ по здравоохранению, но планирует оптимизировать расходы, в том числе за счет введения так называемого «Паспорта здоровья» и снижения закупочных цен на лекарства, сообщила глава министерства Т. Голикова. «Разработан целый ряд мер, которые позволят эффективнее использовать средства, заложенные в бюджете. Можно говорить, что в ближайшие 2–3 года несколько замедлятся темпы прироста расходов на капитальное строительство, но далее по мере стабилизации и развития экономики мы компенсируем это», — сказала Голикова в интервью. «Паспорт здоровья» уже введен в пилотных регионах. Минздравсоцразвития планирует распространить эту меру на всю страну. «Это крайне полезный документ, где должны фиксироваться все обследования, которые проходит человек, а также делаться отметки о прививках и аллергических реакциях. В отличие от медицинской карты этот документ принадлежит не лечебному учреждению, а пациенту и хранится у него дома», — рассказала министр. «Паспорт здоровья», по ее словам, даст возможность раннего выявления заболеваний, например, злокачественных образований. Тогда их лечение обойдется сравнительно недорого и шансов на излечение будет больше. Минздравсоцразвития совместно с Минпромторгом обсуждают также возможность импортозамещения в сфере лекарственного обеспечения россиян без потери качества препаратов. «Сейчас с Минпромторгом прорабатываются позиции, по которым замену можно провести в ближайшее время. Думаю, что уже во втором полугодии пусть небольшой, но крен в сторону российских препаратов в программе станет заметен», — сказала Голикова. Она сообщила также, что в результате снижения закупочных цен только по трем препаратам программы ДЛО на 15% было сэкономлено 170 миллионов рублей. «Теперь сэкономленные деньги пойдут на второе полугодие и смягчат эффект от девальвации рубля», — отметила министр.

Источник: «РИА Новости»

Начало на стр. 3 ↗

П.А. Воробьев — автор более 600 опубликованных научных работ, из них 272 научных статьи, 235 тезисов докладов, 49 книг, 20 учебно-методических пособий и рекомендаций для врачей, 11 руководств, справочников и словарей. П.А. Воробьев является соавтором около 700 приказов Минздрава и Минздравсоцразвития России, 12 приказов Ростехрегулирования. При консультации и под руководством П.А. Воробьева выполнены и защищены 5 докторских и 11 кандидатских диссертаций в области пульмонологии, кардиологии, гематологии, ревматологии, нефрологии и др.

П.А. Воробьев является главным редактором журнала «Клиническая геронтология» и газеты «Вестник Москов-

ского городского научного общества терапевтов», членом совета главных редакторов журнала «Клиническая фармакология и фармакоэкономика», заместителем главного редактора журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении», членом редколлегий журналов «Проблемы гематологии и переливания крови», «Клиническая эпидемиология и доказательная медицина», членом ряда редакционных советов издаваемых за рубежом журналов (Армения, Украина).

Приведенная характеристика профессора П.А. Воробьева делает его достойным номинантом на премию им. Д.Д. Плетнева.

Профессор В.Е. Ноников

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ от 16 сентября 2008 года

Сопредседатели секций: член-корр. РАН, акад. РАН, проф. Ю.Н. Беленков, акад. РАН, проф. В.А. Сандриков, проф. М.П. Савенков, проф. М.Г. Глезер, проф. В.А. Парфенов, проф. А.В. Чупин.

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Как избежать инсульта».

Открыв заседание и поздравив всех присутствующих с началом нового учебного года, М.Г. Глезер отметила, что он пройдет не менее интересно, чем предыдущий. Сегодня заседание посвящается инсульту. Известно, что Россия по-прежнему лидирует по числу сердечно-сосудистых заболеваний и прежде всего по инсультам (И). Смертность при И. составляет 20–30%, инвалидность у выживших людей достигает 60–80%. М.П. Савенков добавил, что с 1 декабря 2008 г. не только кардинально изменится зарплата участкового врача, но изменятся функции его деятельности и критерии оценки работы. Больных с инсультом придется вести семейному врачу. Далее слово предоставил докладчикам.

1. Проф. В.А. Парфенов (кафедра нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова). «Как избежать инсульта».

В докладе обсуждается первичная и вторичная профилактика инсульта. Ежегодно в мире регистрируется 20 миллионов инсультов, в России — 300.000–400.000. Инсульт — третья по частоте причина смертности и первая — по инвалидности. У 25% больных, перенесших инсульт, через год развивается деменция. Показав различные типы инсультов (атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный и др.), представив алгоритм их диагностики (обязательное проведение рентгеновской КТ или МРТ головы и обследование сонных артерий), докладчик подробно изложил принципы профилактики.

При этом основное внимание было обращено на вторичную профилактику инсульта (т. е. повторного инсульта), поскольку первичной профилактикой (предупреждение первого инсульта) должны заниматься терапевты и кардиологи. Результаты собственных наблюдений докладчика показывают, что 20–40% больных госпитализируемых в сосудистое («инсультное») отделение, имеют другой диагноз (периферическая вестибулопатия, мигрень, тревожные расстройства и др.). Вторичная профилактика инсульта проводится только после уточнения диагноза и установления перенесенного в прошлом первого инсульта. Она складывается из немедикаментозных методов (отказ от курения, алкоголя, ограничения продуктов, содержащих холестерин, регулярной физической нагрузки и т. д.), медикаментозных (АГП, антиагреганты, непрямые антикоагулянты, статины) и хирургического лечения (эндурактотомия сонной артерии, ангиопластика). Подчеркнуто, что если у больного имеет место артериальная гипертония, резко и значительно снижать артериальное давление не следует, т. к. это может привести к ухудшению кровоснабжения мозга и прогрессированию или развитию когнитивных расстройств. Назначение статинов (предпочтение аторвастатину) снижает риск развития повторного инсульта на 16%. Из непрямых антикоагулянтов (используются при кардиоэмболическом инсульте) предпочтение следует отдавать варфарину, снижающему риск развития И. на 60%, а из антитромбоцитарных средств назначаются длительно аспирин или клопидогрель, дипиридамол, тиклопидин, агренокс. Больные, перенесшие

каротидную эндурактотомию, обязательно должны принимать антитромбоцитарные препараты. Адекватная вторичная профилактика инсульта предупреждает возможное развитие повторного инсульта на 30–40%.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Мексидол применяют при инсульте?»

Ответ: «Да, препарат назначается, но доказательная база его эффективности слабая. В то же время, если его ввести больному по скорой помощи, вместо сернистой магнезии, то эффект очевиден».

Вопрос: «Как быть, если в реанимацию привозят больного с головокружением, высоким артериальным давлением, но у него еще нет неврологической симптоматики?»

Ответ: «Срочно уточнять диагноз и своевременно вызывать невролога. Основным признаком поражения мозга является нарушение сознания».

Вопрос: «Поражение шейных позвонков имеет значение для развития инсульта?»

Ответ: «Вероятность мала, а вот мануальная терапия может быть опасной угрозой для его развития».

2. Проф. А.А. Кириченко (кафедра терапии РМАПО).

«Антигипертензивная терапия и угроза нарушения мозгового кровообращения».

В докладе обсуждается влияние антигипертензивной терапии на мозговой кровоток. Показано, что артериальная гипертония является независимым и важным фактором риска развития инсульта. У больных с артериальной гипертонией в 3 раза чаще возникает инсульт, по сравнению с людьми с нормальным артериальным давлением. Артериальная гипертония является также фактором риска развития когнитивных расстройств, вплоть до деменции. Правильно подобранная антигипертензивная терапия больным с артериальной гипертонией предупреждает развитие инсульта. В настоящее время существует несколько групп антигипертензивных препаратов, с разным механизмом действия. Больным с артериальной гипертонией, перенесшим инсульт или ТИА, предпочтение следует отдавать иАПФ в сочетании с тиазидными диуретиками (берлиприл + гипотиазид; небилет + гипотиазид). Такая комбинация препаратов ведет к



увеличению диаметра церебральных сосудов, уменьшению массы миокарда левого желудочка, улучшению когнитивной функции и т. д. Эти данные подтверждены результатами собственных наблюдений автора. Однако подчеркнуто, что при проведении антигипертензивной терапии есть некоторые особенности. У больных с высокой артериальной гипертонией есть угроза повреждения мозга, но лечить их агрессивно не следует, т. к. можно получить гиперперфузию мозга. У больных при проведении антигипертензивной терапии нужно уточнять возможно имеющиеся симптомы избыточного снижения артериального давления (головокружение, общая слабость, сердцебиение, иногда неврологические симптомы и др.). Перечислив его причины, подчеркну,

Продолжение на стр. 5 ↗

Начало на стр. 4 ↗

что неадекватное снижение артериального давления может быть не менее опасным, чем гипертензия. Медленное (каждые 6 недель) в противоположность быстрому (каждые 2 недели) титрование иАПФ приводит к лучшему управлению артериальным давлением.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «иАПФ увеличивают риск гипергликемии?»

Ответ: «Убедительных данных нет».

Вопрос: «Какая форма артериальной гипертензии наиболее распространена в пожилом возрасте?»

Ответ: «У них чаще отмечается изолированная систолическая артериальная гипертензия».

3. К.м.н. И.В. Сергиенко (РКНПК).

«Статины в профилактике развития инсульта».

Показаны плеотропные эффекты статинов (нормализация функции эндотелия, антитромботический, противовоспалительный эффект, стабилизация атеросклеротической бляшки) и их значение в первичной и вторичной профилактике инсульта (снижают риск развития всех инсультов на 21%). Лечение статинами должно быть агрессивным, предпочтение следует отдавать аторвастатину (снижает риск развития первичного инсульта на 27% у больных с артериальной гипертензией и на 48% у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, не имеющих ИБС и церебрального атеросклероза). Вторичная профилактика инсульта (8% пациентов переносят повторный И. в течение одного года и 17% — в течение 5 лет) заключается в проведении комплекса мероприятий (изменение образа жизни, назначения антигипертензивной терапии при артериальной гипертензии, антикоагулянтов и антитромботических препаратов при риске развития тромбоза и эмболии, борьба с гиперхолестеринемией проводится с обязательным назначением статинов). Использование статинов и коррекция артериального давления — это научно, клинически и статистически достоверно доказанный способ профилактики инсульта.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Вы учитывали экономическую сторону лечения статинами? 80 мг аторвастатина в день стоит больших денег».

Ответ: «Да, 120 руб. в день стоит лечение атервастатином. Больного следует информировать, если у него есть возможность, то лучше выбирать бренд, нет денег — покупай дженерики, которые крупных исследований не проходили».

4. Проф. О.Д. Остроумова (кафедра терапии МГМСУ).

«Головной мозг как орган — мишень артериальной гипертензии: новые возможности».

Инсульт как причина смертности в мире занимает 2-е место. Артериальная гипертензия — одна из основных причин развития инсульта. Снижение артериального давления в среднем на 12–13 мм рт. ст. снижает риск развития ИБС на 21%, инсульта — на 37%, общую смертность — на 13%. Обосновано влияние антагонистов ангиотензиновых рецеп-

торов на риск развития инсульта у больных с артериальной гипертензией. Результаты многоцентровых исследований (JIFE; SCOPE; ACCESS; MOSES) позволили отдать предпочтение препарату телветен, который снижает общую смертность на 21% и повторные инсульты и ТИА на 25%. Препарат, снижая адекватно и плавное артериальное давление, улучшает когнитивные функции (у 20–30% больных с ОНМК развивается деменция, которая увеличивается в 5–9 раз после инсульта по сравнению с лицами без инсульта).

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Как часто развивается повторный инсульт?»

Ответ: «Один инсульт из пяти — повторный».

Вопрос: «Какой процент составляет сосудистая деменция среди других ее видов?»

Ответ: «10–15%».

5. Проф. А.В. Чупин, Р.В. Колосов (центр сосудистой хирургии ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России). «Эффективна ли каротидная эндартерэктомия?»

В Москве ежедневно регистрируется 100 ишемических инсультов. Только 13,3% заканчивается выздоровлением, 53,4% — инвалидностью и 33,3% — летальным исходом. В докладе представлен патогенез ишемических нарушений мозгового кровообращения (стеноз или окклюзия артерий, артерио-артериальная эмболия, патологическая извитость, «синдром обкрадывания»). Наиболее частой причиной большинства эмболий является локальная бляшка в области бифуркации общей сонной артерии. Изложен алгоритм диагностики стеноза сонных артерий (аускультация, ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий; МР-ангиография краниальных артерий) и результаты собственных наблюдений (каротидная эндартерэктомия выполнена у 200 пациентов за период с января 2007 по июнь 2008 г.) по поводу поражения ВСА (степень стеноза интраоперационно составляла 70–90%) с отличным исходом (осложнения отмечены менее 1%). Противопоказания к каротидной эндартерэктомии: острый инсульт, грубый неврологический дефицит, большие кисты мозга по данным КТ или МРТ головы. Возраст пациента, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ИБС не являются противопоказанием для операции. Своевременно проведенная каротидная эндартерэктомия предупреждает развитие ишемического инсульта.

Заключение

М.Г. Глезер и М.П. Савенков благодарили докладчиков за прекрасные и информативные доклады. Предупредить развитие инсульта не всегда возможно, в тоже время адекватная и своевременная диагностика и терапия артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета, мерцательной аритмии, сердечной недостаточности помогут предупредить такое угрожающее жизни осложнение. В настоящее время имеется несколько групп препаратов (БАБ, иАПФ, статины, антиагреганты, антикоагулянты, диуретики) с разным механизмом действия, только правильный их подбор и комбинация будут способствовать эффективному лечению и предупреждению развития инсульта. Поблагодарили за внимание.

ИнтерНьюс

Наше «нет» Кашпировскому

В некоторых СМИ появилась информация о планах телекомпании НТВ по запуску нового проекта с участием Кашпировского, известного своими «врачующими» телесеансами в конце 80-х годов. Сообщалось, что в рамках новой программы в гости к 69-летнему «целителю» будут приходить звезды российской эстрады и шоу-бизнеса и рассказывать о своих проблемах. По сведениям СМИ, в первой программе уже снялась певица Лолита Милявская. «Это всегда опасно. У него такой шлейф тяжелых последствий для здоровья населения, что я весьма удивлена, какому человеку это пришло в голову», — сказала Т. Дмитриева, комментируя возможное возвращение Кашпировского на ТВ. Она отметила, что «нельзя наступать второй раз на те же грабли», и подчеркнула, что речь идет о национальной безопасности. «Что-то в угоду публике делать можно, но не во вред собственной стране», — сказала ведущий психиатр РФ. Глава ГНЦ имени Сербского напомнила, что несколько лет назад судилась с Кашпировским и выиграла суд. «У нас проходил человек, который пострадал. Муж подал в суд, потому что его жена, насмотревшись его (Кашпировского) сеансов, выбросилась из окна. Я приводила этот пример в интервью, а Кашпировский обиделся и подал в суд», — сказала Дмитриева.

Источник: Factnews

Суррогатное общение не заменит человеческого тепла

Замена настоящего общения виртуальным становится все популярнее. Как утверждает британский ученый, социальные сети в интернете могут вредить здоровью из-за сокращающегося общения с реальными людьми. Результаты исследования влияния сайтов наподобие Facebook на здоровье биолог А. Сигман опубликовал в научном журнале британского Института биологии Biologist. Он предостерегает от чрезмерного увлечения интернет-сайтами, которые в современном мире все больше заменяют общение с живыми людьми. Ученый утверждает, что недостаток общения может негативно влиять на работу иммунной системы организма, гормональный баланс, работу артерий и процессы мышления. В долгосрочной перспективе это повышает риск появления и развития различных болезней, среди которых рак, сердечно-сосудистые заболевания и слабоумие. Вместо того, чтобы интенсифицировать общение, социальные сети его подменяют. Количество часов, которое средний британец проводит в день в процессе общения с родными, друзьями и сослуживцами, с 6 часов в 1987 г. сократилось до почти 2 часов в 2007 г. За тот же период времени использование электронных СМИ и интернета выросло с 4 до почти 8 часов в день. «Меньше чем за 2 десятилетия количество людей, которым, по их словам, не с кем обсудить важные вопросы, почти утроилось», — констатирует Сигман. Ученый отмечает, что родители проводят все меньше времени с детьми, а среди всех европейских стран в Британии меньше всего детей ужинают вместе с родителями. Опровергая популярную точку зрения о том, что социальные сети способствуют установлению контактов между людьми, биолог утверждает, что социальные сети дают пользователям лишь иллюзию общения. «По идее социальные сети должны способствовать нашей социальной активности, но в реальности мы наблюдаем совсем другое. Хвост виляет собакой, и вместо того, что интенсифицировать общение, социальные сети его подменяют», — считает Сигман. Физиологические процессы в организме протекают по-разному в зависимости от того, находится человек в одиночестве, в чьем-то обществе или в виртуальной реальности.

Источник: BBC

Сначала рекламировал, теперь судится

Алан Лэндерс, которому сейчас 68 лет, был лицом рекламной кампании Winston в 1960–70 гг., за что получил прозвище «Winston Man». В 1987 г. у него был обнаружен рак, после чего Лэндерс начал широко пропагандировать борьбу с курением совместно с бывшим рекламным лицом компании Marlboro У. Маклареном. Кроме того он стал активным участником программы по борьбе с курением ВОЗ. В настоящее время Лэндерс регулярно подвергается лучевой и химиотерапии. Из-за болезни он практически потерял голос. По словам Лэндерса, он подал иск к RJ Reynolds, потому что компания создала иллюзию стильности и привлекательности курения, несмотря на то, что ей был известен связанный с ним риск развития онкологических заболеваний и никотиновой зависимости. В итоге рекламируемая продукция нанесла вред его собственному здоровью. Рассмотрение многомиллионного иска (точная сумма не называется) начнется в апреле 2009 г.

Источник: <http://medportal.ru>

В № 24 (89) нашей газеты был объявлен конкурс: описать, что видно на рентгенограмме. В адрес редакции пришло несколько писем с различными диагностическими гипотезами:

«На представленных R-граммах шейного отдела позвоночника определяется блок позвонков между телами C₃-C₄ и C₅. Межпозвонковые диски рудиментированы, а в некоторых местах полностью отсутствуют. Между телами C₅ и C₆ есть подвижность, т. е. видны небольшие краевые наплывы костной ткани снизу и сзади у тела позвонка C₅ (спондилез), а ниже еще один блок между телами позвонков C₆ и C₇. Остистые отростки в верхнем и нижнем блоках сращены. Spina bifida в телах позвонков C₆ и C₇, и похоже есть клиновидные позвонки и парная аномалия шейных ребер 2-й степени». Заключение: врожденный блок позвонков C₃-C₄ и C₅ и C₆-C₇. Spina bifida C₆ и C₇; клиновидные позвонки; шейные ребра». Шадрин А.А. Краснодарский край, Г. Горячий Ключ.

«На R-грамме синдром Клиппеля-Фейля, когда часть шейных позвонков сливается вместе в одну сплошную малодифференцированную неуклюжую костную массу. Таким образом, число позвонков уменьшается». Лукьянченко О.К., Хабаровский край, г. Комсомольск на Амуре

«На спондилограммах шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях определяется слияние тел C₂, C₃, C₄, имеющих один общий массивный остистый отросток. Синдром Клиппель-Фейля». А. Амашенко, О. Ермолов, Астраханская область, г. Знаменск.

Правильный ответ: синдром Клиппеля-Фейля (син. — болезнь Клиппеля-Фейля, синдром короткой шеи (M. Klippel, французский невролог, 1858–1942, A. Foil, французский невролог, родился в 1884 г.), множественные



Больной И. 18 лет поступил по направлению райвоенкомата для освидетельствования состояния здоровья по поводу ограничения подвижности в шейном отделе позвоночника. Других жалоб нет. Что видно на рентгенограмме?

аномалии шейного и шейно-грудного отдела позвоночника, чаще — нарушения сегментации. Триада синдрома Клиппеля-Фейля: низкий рост волос на затылке, короткая шея, ограниченная подвижность шеи.) Не путать с Клиппеля-Вейля (Klippel-Weil) симптомом поражения пирамидного пути — рефлекторное сгибание 1 пальца при пассивном разгибании 2–5 пальцев кисти у больных с церебральным параличом или парезом в/конечности. У здоровых людей при этом отмечается не сгибание, а разгибание 1 пальца.

Редакция в знак признательности нашла возможность подарить подарки всем активным участникам конкурса, они уже в пути. Благодарим доктора Гарибашвили Виктора Александровича за предоставленные рентгенограммы.

ИнтерНьюс

В России разрешат стрелять по пациентам психбольниц

В 2009 г., 24 февраля Госдума приняла в 1-м чтении законопроект, разрешающий сотрудникам охраны психиатрических стационаров применять огнестрельное оружие. Оружие будет применяться, в частности, в целях защиты от нападения, угрожающего жизни и здоровью лиц, находящихся на территории психбольниц, а также для отражения нападения на сотрудников охраны. В 8 психбольницах специализированного типа в РФ содержится сегодня до 5,5 тысяч больных. Некоторые из них — участники акций оппозиции, проходящие принудительное лечение. По информации Минюста, законопроект разработан во исполнение поручения Президента РФ и Указа главы государства, которым функции по охране указанных учреждений возложены на подразделения уголовно-исполнительной системы. Он направлен на создание правовых основ обеспечения безопасности лиц, находящихся на территориях психбольниц, их сопровождения и охраны. Эти больницы предназначены, в том числе, для принудительного лечения по решению суда лиц, совершивших особо опасные деяния, но освобожденных от уголовной ответственности или от наказания в связи с психическими расстройствами. Сейчас охрана существующих больниц такого типа осуществляется только внешними постами, тогда как внутренние посты отсутствуют. По мнению медицинских чиновников, это представляет потенциальную угрозу сотрудникам спецлечебниц. В последние годы авторы многих публикаций в СМИ и правозащитники заявляют, что методы широко использовавшейся в СССР карательной психиатрии снова входят в практику. Другие авторы, наоборот, считают, что в России с 2007 г. открыто оспаривать действия властей могут только сумасшедшие.

Источник: NR2.Ru,
«Новый Регион»

За свои права и деньги нужно бороться

Ставропольская пенсионерка Прасковья Башкатова добилась в суде компенсации стоимости электрокардиостимулятора, экстренно установленного ей после инфаркта. Сразу после госпитализации Прасковье Башкатовой был установлен временный кардиостимулятор, который вскоре заменили на постоянный, который был приобретен на деньги родственников пациентки. О том, что стоимость кардиостимулятора должен компенсировать Фонд социального страхования, пенсионерка узнала случайно, из памятки к устройству. Необходимым условием компенсации стоимости медицинского прибора является его включение в индивидуальную программу реабилитации инвалидов. Будучи инвалидом второй группы с 2004 г., Башкатова прошла медкомиссию, которая подтвердила необходимость срочной имплантации ей электрокардиостимулятора. Тем не менее, Ставропольское отделение Фонда социального страхования отказало женщине в компенсации, ссылаясь на то, что на момент проведения операции индивидуальной программы реабилитации у нее не было. Башкатовой пришлось пожаловаться в прокуратуру, которая подтвердила незаконность действий Фонда. Районный суд согласился с позицией прокуратуры, обязав Ставропольское региональное отделение Фонда социального страхования компенсировать Прасковье Башкатовой стоимость электрокардиостимулятора в размере 73 тысяч рублей. Кассационная инстанция оставила это решение в силе. Это не единственное судебное разбирательство, связанное с отказом Фонда социального страхования выплачивать компенсации за экстренно установленные электрокардиостимуляторы. Некоторое время назад точно такой же иск о компенсации был выигран в суде пожилым пациентом, в настоящее время на рассмотрении находится еще одно аналогичное дело.

Источник:
medportal.ru

Недавно прошла информация, что Конституционный суд России принял решение, осуждающее признание недееспособными граждан и принудительную их госпитализацию по решению суда, принятое в отсутствие самого гражданина — только по заключению медицинской экспертизы. Экспертиза, как говорят эксперты, стоит не очень дорого, гораздо меньше той квартиры, которую занимает якобы недееспособный гражданин. Впрочем, квартирная тема — это отдельная песня. Но дальше — больше: недееспособного гражданина можно стерилизовать — просто так, без всяких-яких.

Казалось бы, к теме этой добавить нечего. Принудительная стерилизация осуждена мировым сообществом много лет назад, отнесена ООН к преступлениям против человечности. Особенно постарались фашисты, стерилизуя тысячами «неполноценных»: с 1933 по 1945 гг. нацистами стерилизации было подвергнуто более 400 тыс. человек. Начали, правда, в США — там стерилизации подвергались лица, склонные к асоциальному поведению: наркоманы, алкоголики, уголовники-рецидивисты. Поскольку понятие асоциального поведения трактовалось широко, жертвами принудительной стерилизации становились и представители аборигенных народностей и этнических меньшинств (негры в США, выходцы из славянских стран Европы в Канаде). В Швеции, Дании и целом ряде других европейских стран законы о принудительной стерилизации действовали до конца 80-х годов. Там — дикие люди, там эвтаназия — праздник. Но у нас?!

Уполномоченная по правам человека по Пермскому краю Татьяна Марголина привлекла внимание общественности к фактам незаконной стерилизации пациенток в психоневрологических интернатах. Практика недобровольной стерилизации душевнобольных по-прежнему широко распространена в России, и в большинстве случаев они проводятся на незаконных основаниях.

Публикация об этом прошла в «Новых Известиях». В докладе Марголиной упоминается о стерилизации 14 пациенток детородного возраста, постоянно проживавших в Озерском психоневрологическом интернате. Достаточным основанием для проведения процедуры местные медики сочли наличие медицинских показаний (психических заболеваний) и согласие законного представителя, роль которого выполнял директор интерната. В беседе с представителями комиссии по правам человека сотрудники интернатов выражались проще: по их словам, пациенток стерилизовали, чтобы они «психов не рожали». Главный врач явно убежден, что его деятельность — во благо всем.

В 1993 г. были приняты Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, где статья 37 посвящена медицинской стерилизации. Предполагается, что добровольная стерилизация без медицинских показаний может проводиться только лицам в возрасте старше 35 лет или имеющим как минимум 2 детей. В случае наличия медицинских показаний (несколько десятков заболеваний, в том числе ряд психических расстройств) и при условии согласия пациентов стерилизация проводится в любом возрасте, независимо от наличия детей. Больше в законе ничего про стерилизацию не говорится (правда, в эту статью вносились изменения в 2003 и 2004 гг.), кроме того, что незаконная стерилизация является уголовно-наказуемым деянием. При этом в прессе совершают подлог, демонстрируя совсем другую статью из Основ законодательства, где речь идет о не добровольных медицинских вмешательствах. Но это — совсем другое дело.

Т. Марголина считает, что предусмотрена стерилизация недееспособных граждан: она проводится с согласия законных представителей больных и по решению медкомиссии, которое утверждается судом. Скорее всего, такой порядок проведения стерилизации противозаконен, хотя, безусловно, это дело — для юристов. Но в случае с пациентками Озерского ПНИ стерилизация проводилась без санкции суда.

«Стерилизация постояльцев психоневрологических интернатов — повсеместно распространенная практика в России», — говорит исполнительный директор Независимой

психиатрической ассоциации России Л. Виноградова. В ряде случаев беременность психически больных пациенток нежелательна: рожденных ими детей некому воспитывать, кроме того, при тяжелых психических заболеваниях роды могут привести к ухудшению состояния женщины. В психоневрологических интернатах не предусмотрены свидания с лицами противоположного пола, однако полностью контролировать интимную жизнь своих подопечных администрация, как правило, не может. Альтернативой стерилизации могли бы стать средства контрацепции, однако их применение сопряжено с существенными расходами и требует дополнительного контроля.

Опекуном, имеющим право решать вопрос о стерилизации, для признанных недееспособными и находящихся в психоневрологических интернатах пациентов практически по умолчанию становится администрация этих учреждений, отмечает Любовь Виноградова. Однако нередки случаи, когда теми или иными способами к стерилизации принуждали и дееспособных женщин. Привести статистические данные о числе таких стерилизаций в России Виноградова затруднилась.

Важнейшей проблемой отечественной психиатрии является полное бесправие признанных недееспособными больных. Фактически такие пациенты лишаются не только финансовой и юридической самостоятельности, но и права на личную жизнь. Один из последних процессов в Международном суде по правам человека, закончившийся не в пользу России, связан с подобным нарушением прав необоснованно признанного недееспособным жителя РФ Павла Штукатурова.

Отчет о незаконной стерилизации пациенток Озерского ПНИ занимает малую часть доклада Т. Марголиной. Среди

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

ФАШИЗМ В НАШЕМ ДОМЕ

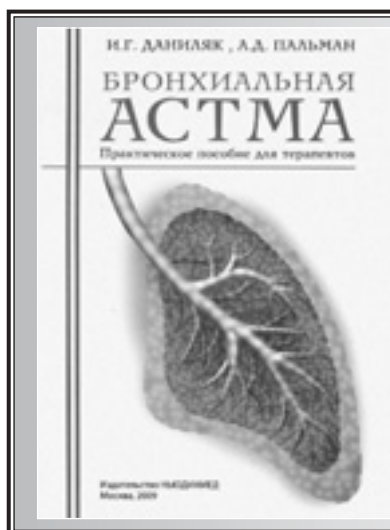


других нарушений прав находящихся в 15 психоневрологических домах-интернатах Пермского края граждан в документе приводятся:

- Отказ в медицинской помощи, повлекший преждевременную смерть ряда пациентов. В документе приводится ряд случаев смерти вследствие пневмонии, менингита, обострения язвы и т. д., когда больной либо вообще не наблюдался медработниками, либо однократно осматривался фельдшером.
- Применение лечения психотропными препаратами в качестве наказания и необоснованные направления в психиатрические стационары.
- Принудительное привлечение проживающих в домах-интернатах лиц к неоплачиваемому, то есть рабскому, труду.
- Целевое использование личных денежных средств постояльцев ПНИ.
- Несоблюдение натуральных норм питания.
- Систематическое игнорирование правоохранительными органами сообщений о нарушениях прав пациентов.

Все это открывает удручающую картину бесчеловечного обращения с представителями наиболее уязвимой и беззащитной категории граждан России, и слишком явственно напоминает о немецких концлагерях.

(по материалам из Интернета)



БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Практическое пособие для терапевтов

И.Г. Даниляк, А.Д. Пальман
Издательство НЬЮДИАМЕД
2008 г.

Настоящее пособие основывается на современных представлениях о бронхиальной астме, ее этиологии и патогенезе, описывает наиболее рациональный подход к диагностике, лечению и профилактике этого серьезного заболевания.

Книга предназначена для терапевтов, пульмонологов, аллергологов и врачей всех специальностей, а также студентов медицинских вузов.

АНТИРЕКЛАМА

Предисловие. Году примерно в 1990-м одна дама бросила аспирантуру на биофаке и устроилась на более хлебное место — в издательство «Целительные силы», которое открыло для советского народа живительный фонтан уриротерапии и его неиссякаемый источник, доктора-штангиста Г. Малахова. И как-то на встрече по какому-то поводу она сообщила, что затевается ежемесячный журнал с одноименным названием «Целительные силы». Автор предложил поделиться с научной общественностью прекрасным методом лечения: фекалотерапией! Часть присутствующих начала живо обсуждать возможности этого мето-

лительные силы сивушных масел! Затем он трудился машинистом холодильной установки, водолазом и начальником спасательной станции. Короче, Гена был на все горазд: он и спортсмен, и водолаз. Жена его, кстати, весьма неплохо была устроена — технологом на том же винно-водочном заводе. Как признается сам Геннадий Петрович, «весьма доходная в те годы специальность». Именно это обстоятельство позволило ему заниматься собой. В 1986 г. он создает клуб «Бодрость» и вещает миру «апостольское» знание: как надо правильно питаться. А потом решает и за книгу «присесть». Отчего бы не присесть в стране повальной буквенной грамотности и овечьей доверчивости? И вот в 1989 г. он создает первый том эпохального полотна «Целительные силы», щедро снабдив далеких от народа Брэгга с Шелтоном перлами разговорной речи русского крестьянства и пролетариата. Но бог с ним, с языком, — были бы продажи, а редакторы найдутся. Дело в другом: в самих, с позволения сказать, «рецептах».

Фекалотерапия + Малахов

да, в т. ч. для лечения кариеса, морщин и т. д., но были быстро и беспощадно пресечены остальными — которые дамы, не-биологи и не-врачи. Да еще и за столом! А девушка поджала губки и говорит: вы все дураки, а доктор Малахов этот прекрасный метод давно применяет, и очень успешно, в т. ч. и в стоматологии, и в косметологии. А не публикует потому, что вокруг — одни дураки и ортодоксы!

Малахов: слесарь, который желает вам добра. Пишет Т. Соломатина, журнал «Будь здорова». В ресторане гостиницы мерно гудел телевизор. Вдруг супруг мой изменился в лице и, перестав вкушать континентальный завтрак, стал тыкать вилкой в голубой экран за моей спиной: «Это что такое? Юмористическая передача?». На экране лысый мужик, похожий на статного механизатора, начищал сапожными щетками воротничковую зону дородной тети. Ее голые ступни были погружены в эмалированный тазик, наполненный чем-то желтовато-пенным. «Да какой-то украинский Петросьян», — отмахнулась я и вернулась к трапезе. «А вот и никакой и не украинский, а ваш собственный, Малахов. Доктор Малахов», — изрек официант. «Моя бабка молится на этого горе-лекаря, мать устала мочу, настоенную на собачьей шерсти, в унитаз выливать. Тыфу!» «Приятного аппетита!» — мой муж отодвинул тарелку, и под кофе мы погрузились в сладостный мир оздоровительной передачи. «Точно за окном двадцать первый век?» — уточнила я у мужа, услышав рекомендацию лечить цирроз подкладыванием под язык хлорной извести.

Каково же было мое удивление при следующей встрече с доктором Малаховым, состоявшейся в Москве, на кухне у моего свекра М.Е. Соломатина, кандидата физико-технических наук, спасенного официальной медициной от рака гортани. «Папа, зачем вы смотрите эту фигню?» — произнесла я. После чего мы дискутировали около часа, и мой обожаемый папешка убеждал меня, что не такая уж это и фигня. А я-то полагала, что московский интеллигент, в отличие от севастопольской бабушки официанта, должен понимать. И он, вроде бы, понимает, что пить керосин с медом не очень полезно, если не сказать вредно, но все равно смотрит эту мутную передачу, проваливаясь в голубой экран. Исключительно ради него я пустилась в изучение персона под названием «Геннадий Петрович Малахов».

Геннадий Петрович родился 20 сентября 1954 года в Каменск-Шахтинске Ростовской области. После школы закончил ПТУ по специальности «электрослесарь». В армии пошел в спортроту. Тяжелоатлет. «В 27—28 я был такой могучий, килограммов 108 весил. Свою жену на одной руке поднимал. А потом все вдруг чуть ли не за год буквально развалилось. Я ходил от одного врача к другому, пока не понял: никто мне не поможет. Мне надо не таблетки пить, а полностью поменять образ жизни». Вдохновленный этим «откровением», Гена дорывается до книжек Брэгга и Шелтона и пробует на себе все вдоль и поперек.

Из армии он был вынужден уйти по состоянию здоровья. Сам о себе Малахов сообщает, что поступил в Институт физкультуры и с отличием его закончил. Поскольку олимпийского чемпиона из него не получилось, Малахов переквалифицировался в завхозы. При спортзале. Позже поработал грузчиком на вино-водочном заводе. Видимо, из тех времен у нашего «целителя» так много рецептов с использованием самой обыкновенной водки — о, эти це-

лительные силы сивушных масел! Затем он трудился машинистом холодильной установки, водолазом и начальником спасательной станции. Короче, Гена был на все горазд: он и спортсмен, и водолаз. Жена его, кстати, весьма неплохо была устроена — технологом на том же винно-водочном заводе. Как признается сам Геннадий Петрович, «весьма доходная в те годы специальность». Именно это обстоятельство позволило ему заниматься собой. В 1986 г. он создает клуб «Бодрость» и вещает миру «апостольское» знание: как надо правильно питаться. А потом решает и за книгу «присесть». Отчего бы не присесть в стране повальной буквенной грамотности и овечьей доверчивости? И вот в 1989 г. он создает первый том эпохального полотна «Целительные силы», щедро снабдив далеких от народа Брэгга с Шелтоном перлами разговорной речи русского крестьянства и пролетариата. Но бог с ним, с языком, — были бы продажи, а редакторы найдутся. Дело в другом: в самих, с позволения сказать, «рецептах».

А уж его «изыскания» на теологической и энергетических нивах — за пределами. После прочтения статейки «Что такое Сила естественного исцеления» я чуть было не утратила веру в собственный интеллект. Потому как «тревожно мысль моя и пугалась, и рвалась» в попытках осмысления, как «курс очищения кишечника на лимонах» работает «над своим сознанием». В общем, туда его, доктора-электрослесаря, в печку.

Читайте, дорогие, читайте! Читайте шедевры, размыленные общим тиражом до 12 миллионов. Двенадцать миллионов «ложить» и «потрясите своими животами». Смотрите, как вас, умных и образованных, поучает дядька, закончивший ПТУ. Гибель любой империи начинается тогда, когда вместо хлеба «хавают» зрелища. Ими, как известно, долго сыт не будешь. А первые от голода погибают старики. К слову, жена и двое детей глубокоуважаемого электрослесаря Геннадия Петровича Малахова при попытке приобщить их к «здоровому образу жизни», послали папешку куда подальше. Керосин они не пьют, но на дивиденд от впаривания в ваши уши целительных свойств кристаллического осадка выпаренной урины уже построили себе трехэтажный домик и обзавелись хозяйством.

Я не знаю, как отучить наших родителей, бабушек и дедушек смотреть это шоу. Разве что с помощью «энергоподпитки» в виде гипертонической ведёрной клизмы. Можно с лимоном. А лучше — выводите их регулярно на медосмотр. Даже если они будут оказывать вооруженное сопротивление. Я лично свекра почаще в гости приглашать и долго гулять с ним вдоль берега водохранилища по подмосковному лесу, рассказывая, как меня током долбануло, когда я розетки взялась починять.

Полагаю, что, как и любое зрелище, передача «целителя» имеет вполне реальную задачу: отвлекать от насущных проблем официальной медицины самый обездоленный и самый агрессивный сегмент потребителей государственных медицинских услуг: пенсионеров. Соцзаказ — дело хлебное. Дипломированным врачам и не снились такие таланты.

Портал www.vechnayamolodost.ru

Сопредседатели секции:

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

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

ВОРЧАНИЕ АСПИРИНЫЧА

Прочитав текст приказа Минздравсоцразвития по порядку оказания высокотехнологической помощи (по квотам), обсудив его с товарищами, в частности, с практиками, можно в очередной раз ужаснуться. Приказ — вершина чиновничьего произвола. Не сразу бросается в глаза, но если взглянуть — видны не просто несуразности, а вполне опасные для жизни больных положения.

Поясню. Чтобы получить направление на госпитализацию, нужно обратиться в Облздрав. Но не лично, а туда направляет документы больница. Облздрав должен собрать комиссию. Трудно представить себе комиссию Облздздрав, которая будет собираться «по требованию», а не раз в месяц или чаще 2 раз в месяц. Специалистам еще и работать нужно. Далее, вопрос должен быть изучен и на него должен быть дан ответ в течение 10 дней. Потом с этими документами надо поехать (в приказе — документы пересылаются) в Москву, прийти в институт, где опять же — комиссия. И опять — рассмотрение 10 дней: взять — не взять. Потом — документы отправляются обратно в область, где принимается окончательное решение. Такой подход называется казустикой, а проще — издевательством. Не только над больным и его родственниками (больной тяжелый, ему не до поездок туда—сюда, странно, что но-

тариальной доверенности не требуется от родственников, что им больной поручил заниматься, хотя слова «законный представитель» подразумевают именно такую форму). Таким образом, чтобы госпитализироваться, человек 4 раза должен обратиться!

Одновременно демонстрируется недоверие врачу — он не упоминается в приказе нигде, следовательно, врач не может принять решение о лечении пациента и повлиять на его судьбу. Все решает комиссия чиновников, которая больного в глаза не видела, заочно, по документам дает рекомендации по дальнейшему ведению больного! Очевидно, что пробиться через такую комиссию нельзя. Без соответствующей мзды.

Скромно упоминается про документы в электронном виде. Это — засада. В программу вносятся не отсебятина, а точные формулировки, которые поменять нельзя! Пример: есть формулировка «высокодозная химиотерапия» и просто «полихимиотерапия» при лейкозах. Решение о выборе метода лечения принимает центр, куда в конечном счете попадет больной. С учетом сложного и дорогостоящего обследования, которого нет в области. Но на-

правление по тому или иному виду квот уже забито! В программе поменять ничего нельзя. Направили на одно, а лечат по другому. И квота не выполнена, и денег центр не получил.

Усердие и рвение авторов впечатляет еще больше. Подробно расписаны анализы, которые нужны больному (ясно только, что всем нужен общий анализ крови и мочи, самые информативные в сложных случаях) и сроки их годности. Анализы имеют свойство портиться. Моча и кровь — за 2 недели, более сложные анализы — за месяц. Теперь смотрите, что получается. Месяц отпущен в целом на то, чтобы от больницы документы попали по всем инстанциям и было принято решение (раньше — не получится). Решение принимается на основании анализов. Но к моменту госпитализации все анализы становятся недействительными и их надо повторить. А это достаточно дорого, чаще всего такие исследования выполняются за счет пациента, и цена их измеряется не одной тысячей рублей.

И последнее. Большая часть пациентов, требующих госпитализации в клиники, оказывающие высокотехнологическую помощь — тяжелые экстренные больные. Например, больные с острым лейкозом живут в среднем без лечения месяц, некоторые — меньше. Мне уже приходилось хоронить таких больных, которые из-за порочной аппаратной системы не доживали до проведения им адекватной терапии. Такая же ситуация по многим сосудистым проблемам, онкологическим заболеваниям и т. д. Раньше можно было апеллировать в приемную Минздрова, обычно вопросы решались очень быстро — за 1—2 дня. Но бюрократическое недоверие врачам, больным заставляло изобретать чудовищные «порядки», направленные, в конечном счете, против своего народа.

Квоты Минздрава против больных

Приглашение

«Медикаментозное и немедикаментозное лечение артериальной гипертензии. Каков баланс?»

23 апреля 2009 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Гиполипидемическая терапия. Мифы и реальность»

21 мая 2009 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Программа заседаний секций МГНОТ в 2009 году
Московского городского научного общества терапевтов

Совместные заседания Кардиологической и Ангиологической секций в 2009 году

Дата	Тема
26 февраля	Синкопе. Что за этим стоит?
19 марта	Профилактика сердечно-сосудистых осложнений
23 апреля	Медикаментозное и немедикаментозное лечение артериальной гипертензии. Каков баланс?
21 мая	Гиполипидемическая терапия. Мифы и реальность.
17 сентября	Коморбидность в кардиологии. Заболевания бронхо-легочной системы.
1 октября	Тиреотоксикоз
29 октября	Коморбидность в кардиологии. Нефропатия. Пусковой механизм или мишень?
19 ноября	Вертебрально-базилярная недостаточность
17 декабря	Сердечная недостаточность. Как продлить жизнь больному?

Совместные заседания секции «Человек и инфекция» и Пульмонологической секции в 2009 году

Дата	Тема
17 февраля	Антибиотики современных поколений в клинической практике
3 марта	Респираторная инфекция
14 апреля	Муковисцидоз и другие редкие болезни
29 сентября	Иерсиниозы
20 октября	Гепатиты. От профилактики до трансплантации печени
1 декабря	Базисная терапия бронхиальной астмы. Современная иммунотерапия бронхиальной астмы

Сорбифер® Дурулес®

Оптимальный препарат железа

Для лечения и профилактики железодефицитной анемии



* Приказ Минздрава России № 665 от 18.09.2006
** Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Утвержден распоряжением Правительства РФ № 376-р от 29 марта 2007



Регистрационное удостоверение П № 011414/01 - от 29.07.2005

Представительство ОАО «Фармацевтический завод ЗГИС» (Венгрия) в Москве
123242 Москва, Красная Пресня, 1-7. Тел: (495) 363-39-66. Факс: (495) 956-22-29
E-mail: moscow@egis.ru WEB: www.egis.ru

Региональные представительства:
Санкт-Петербург: (812) 313-01-05, Ростов-на-Дону: (863) 263-86-67

Вестник МГНОТ. 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., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., 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., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www: zdprav.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 **б**

Внимание! В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!

СНОВА! Как получить нашу газету? СНОВА!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

Газета высылается **БЕСПЛАТНО**