



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Май 2006

№ 10 (27)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Соккрытие ошибок. Часть проблем связана с тем, что моральные ограничения остаются неизвестными для многих исследователей. После падения сталинского протеза Т.Д. Лысенко в начале шестидесятых институт, которым руководил этот шарлатан, был закрыт, но ни он, ни кто-либо из ведущих лысенкоистов не потерял работы. Те, кто десятилетиями фальсифицировал результаты исследований, благополучно приспособились к новым условиям. Это произошло не потому, что висока была адаптивность лысенкоистов, а потому, что КПСС запретила публиковать критические материалы. Их опубликование сделало бы очевидным преступление партии. Соккрытие масштабов вреда, содеянных преступлений продолжается и сегодня. На стенах русских институтов висят доски в память бесчестных манипуляторов типа Быкова и Опарина, в честь них названы улицы.

Борьба с генетикой и ее инструментами, в частности, статистическим анализом, привела к тому, что до сего дня во всей медицинской науке методология исследования и его статистический анализ отстают от мирового уровня на десятилетия. Страна продолжает «производить» научные кадры не через присвоение научных степеней по результатам проведенных исследований, а на основании диссертаций, описывающих «диссертационные исследования». Последний термин, уникальный для СССР, сохраняется и по сей день в практике. В результате страна наводнена кандидатами и докторами наук, которые с очевидностью для каждого не проводили никогда и никаких исследований, вроде губернаторов и министерских чиновников. Ограничимся примерами медицинскими. 1961 г. в Верховный Совет СССР пишут: «Я сама невропатолог, в вопросах сельского хозяйства мало понимаю, но как член Коммунистической партии, патриот своей любимой Родины я не могу не выразить восхищения и той огромной радости, которая охватывает, когда читаешь о тех подвигах, которые под руководством нашей ленинской партии совершает наш народ на целине. При этом все мы знаем, какую выдающуюся роль сыграл Никита Сергеевич Хрущев, которого наградили медалью «За освоение целинных и залежных земель»... Целина — это детище партии, но это и огромный научный подвиг, научное предвиденье... для нас, научных работников, труд Никиты Сергеевича — это тот пример, к которому надо стремиться. Мне кажется, что за ним едва поспевают аттестованные академики... В нашей области — невропатологии имеются тоже свои «целинные земли» — это неясные, неизлечимые заболевания, которые лежат тяжким грузом на душе каждого невропатолога. Найти пути для их излечения — это значит практикой подтвердить свой научный прогноз. Об этих неизлечимых болезнях могут писаться бесконечные статьи, монографии, некоторые награждаются высокими премиями за их добросовестный труд — перечисление мировых литературных источников по данному вопросу, но «воз и ныне там» — болезнь до сего времени неизлечима. А между тем за свой, конечно, нелегкий труд, эти ученые получают звания и профессоров и академиков. Я, правда, очень скромный научный работник, но мне бы хотелось внести свое предложение, которое хочется выразить прежде всего Вам. Я предлагаю Н.С. Хрущеву присвоить звание академика АН СССР за его выдающуюся научную работу в области сельского хозяйства, олицетворяющую замечательный синтез теории и практики. Чл. КПСС... канд. мед. наук, старший научный сотрудник Института мозга АМН СССР Т.П. Губина. 29/XI-61 г.» Вот такие кандидаты наук.

В период диктата Лысенко в биологической науке на поверхности появились странные люди. Самая известная —

Борьба с генетикой и ее инструментами, в частности, статистическим анализом, привела к тому, что до сего дня во всей медицинской науке методология исследования и его статистический анализ отстают от мирового уровня на десятилетия.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Ольга Борисовна Лепешинская, «открывшая», что живые клетки могут образовываться из бесклеточного «живого вещества». Т.е. она, например, в ступке растерла гидру, оставляла субстрат на некоторое время, а потом демонстрировала «появление клеток». При этом ее главным аргументом было то, что она старый член партии, Ленина знала. Правда, про методику лабораторного эксперимента или написание статьи она ничего не знала и медицинского или биологического образования не имела.

...Г.М. Бошнян, человек образованный — ветеринар, «открыл», что микробы превращаются в вирусы и обратно. Через стадию кристаллов.

отмечены наградами только в 1990 г., и с той поры не только закрываются архивы, но все больше вопросов в сфере медицины, науки и образования решается втайне, непонятными комиссиями и рабочими группами.

В Москве, на Пироговской улице, недалеко от ректората самого большого медицинского вуза страны стоит гранитный монумент большевистскому комиссару здравоохранения Н.А. Семашко. Он известен как человек, настаивавший на оказании медицинской помощи на классовых принципах, состоявший в правительстве, бравшем врачей в заложники, отменивший врачебную тайну. Доли содеянного достаточно для того, чтобы человек считался губителем медицинской профессии в стране. А у нас ему стоят памятники, в каждом медицинском институте (академии, университете) висят его портреты, некоторые организации до сих пор носят его имя. Объявленный «корифеем» в советские времена, он остается на пьедестале. Его последователи — идеологи советского здравоохранения продолжают преподносить созданную при коммунистах систему как лучшую систему здравоохранения в мире. Они опять и опять ссылаются на Алма-атинскую декларацию ВОЗ, якобы в 1978 признавшую преимущества советского здравоохранения. Чем активнее ортодокс противостоит реформам первичной медицинской помощи в стране, как, например, Л. Рошаль, тем чаще он использует этот фальшивый аргумент.

Эксперимент на человеке в России сегодня. Прямым следствием Нюрнбергского кодекса стала Хельсинкская декларация ВМА, регламентирующая проведение исследований на человеке (сейчас говорят «с участием человека»). Это может показаться событием отдаленным от процитированного выше письма научного сотрудника Губиной 1961 г., но в 2000 г. в этом же институте проводят лечение наркомании с помощью операций на мозге, методом, не прошедшим через добросовестные клинические испытания, а потому называемым многими безобразным экспериментированием на

людях и продажей услуг, опасных для потребителей. Вот какие представления о регулировании исследований на человеке демонстрирует Виктор Олюшин — заместитель директора Российского нейрохирургического института имени Поленова: «Вопрос об эксперименте в медицине в настоящий момент нет. Если мы говорим об экспериментах, мы должны вспомнить доктора Менгеле, или японских врачей, которые были осуждены, они занимались экспериментами, выпускали кровь американским военнопленным, замещая ее физиологическим раствором, и даже доказали, что у человека можно убрать две трети крови, и если своевременно замещать растворами, военнопленный может выжить. Это был чистой воды эксперимент. И это убрано из этики современной медицины. Что такое эксперимент — это острый опыт... Это является нонсенсом по отношению к современной медицине. Когда я слышу, меня искренне, как и моих коллег, возмущает такая постановка вопроса. Речь идет о внедрении новых мето-

дов медицинских операций. Возьмем... Харви Кушинга. Чтобы остановить кровотечение в головном мозге..., он изобрел новый способ... — коагуляцию. На чикагских бойнях сначала на животных была отработана методика, затем использована... Это эксперимент? Нет. Это внедрение новой методики остановки кровотечения».

В действительности такого «внедрения» не бывает, не должно быть. Вслед за разработкой на животных должно идти внедрение, а клинический эксперимент,

Чем активнее ортодокс противостоит реформам первичной медицинской помощи в стране, как, например, Л. Рошаль, тем чаще он использует этот фальшивый аргумент.



Она издавала брошюры, которые открыли с партийной поддержкой ей путь к фактическому управлению медицинской наукой страны. В это же время Г.М. Бошнян, человек образованный — ветеринар, «открыл», что микробы превращаются в вирусы и обратно. Через стадию кристаллов. «Труды» этих ниспровергателей канон

ов буржуазной науки были распубликованы на казенный (т.е. народный!) счет немислимимым количеством экземпляров. Им были предоставлены все возможности — лаборатории, сотни научных сотрудников в подчинение. Эти «открытия» были внесены в школьные учебники, а от врачей требовали внедрять этот бред в практику. У Лепешинской и Бошняна были последователи. Некоторые из них вполне преуспели. Так Рэм Петров, защитивший кандидатскую диссертацию по «живому веществу», стал позднее академиком, ныне он советник Президента РАН, член Национального комитета по биоэтике. Как мы видим, и тут биоэтика оказывается в надежных руках!

Этим же объясняется, почему черные страницы истории советской науки не раскрыты. Раскрытие сразу ведет к тем, кто и сегодня стоит «у руля». О грязных секретех можно узнать лишь в воспоминаниях участников сопротивления лысенкоизму и книгах ученых-диссидентов. Генетики, борющиеся с лысенковщиной, были

Начало на стр. 1 ↗

который называют контролируемым клиническим испытанием. Кушинг такого не проводил. Но в XXI веке это является стандартом для доказательства действенности вмешательства. Если полезность не доказана в эксперименте (испытании, желательном двойным слепом, рандомизированном), то вмешательство нельзя применять. Конечно, это не беда одного нейрохирургического института. В России вообще медицинские вмешательства, в том числе лекарственные средства разрешаются к использованию без обязательной проверки их действенности и безопасности в контролируемом эксперименте. Естественно, лекарства, разработанные международными фармацевтическими компаниями, проходят такие испытания и разрешаются к использованию сначала в США (Франции, Англии и т. д.), а затем и в России. Но лекарства, разработанные в России, Китае и схожих странах, сплошь и рядом разрешаются к использованию в России без доброкачественных испытаний.

Один из самых заметных примеров — широкое распространение разнообразных услуг с применением тканей плода. Интерес к применению тканей плода, детской крови и проч. имеет тысячелетнюю историю. В древности пили или вливали кровь юношей. Сегодня в Южной Африке заболевшие СПИДом всерьез верят, что половой акт с девственницей может им помочь. Для гарантии выбирают детей. В более «просвещенном» мире верят в то, что клетки плода могут вылечить от всех болезней, прежде всего — от старости. Скандальная практика в России Г. Сухих — от продажи клеточных инъекций больным детям до Президента страны — продолжается более 10 лет. Вслед за ним уже сотни организаций предлагают «клеточную» терапию для лечения хронических болезней и морщин. Средства «из плаценты» столь же популярны, как средства из рога носорога в северной Африке.

Особый способ подхода к истории. Запрет на обсуждение является универсальной формой манипулирования сознанием. Запреты, установленные при Сталине и еще более древние, до сих пор дают себя знать. Одна из таких запретных тем — холокост. Антисемитизм режима был настолько силен, что даже уничтожение фашистами миллионов советских граждан считалось неправильным упоминать в связи с их национальностью. В то время, как во всем мире изменения в состоянии здоровья человека вследствие насилия, заточения в тюрьму, пыток являлись в XX веке важнейшим объектом медицинских, психологических, социологических исследований, в СССР таких исследований почти не проводилось. Самые важные медицинские исследования в этой области были проведены на жертвах холокоста, переживших немецкие концентрационные лагеря. Тогда, после войны, был выделен особый concentration camp syndrome — синдром концлагеря, PTSD. Какой вклад в эту область внесли наши ученые? Слово «холокост» в MEDLINE встречается в заголовках и рефератах 650 статей, из них только одна на русском да и та — исторический очерк в украинском журнале. До сих пор наши исследователи делают вид, что последствия холокоста — не их проблема.

Всякое исследование медицинских и психологических проблем заключенных привело бы к соприкосновению с запретной темой страданий в русской тюрьме. Именно поэтому до перестройки проблема PTSD была почти не видна в советских медицинских исследованиях. В базе данных MEDLINE на 1988 год значатся 1144 работы на эту тему и только 14 — на русском языке.

Вторая причина, по которой проблему не затрагивали советские ученые, в том, что значительная часть исследований в этой области относится к тяжелым психологическим реакциям, возникающим у солдат в бою, в особенности в первом бою. Как говорит американская статистика, большинство из солдат в первом бою неспособны сознательно применить оружие, каждый второй-третий упускают мочу и кал. Естественно, советская политическая система не могла допустить и мысли о сборе и публикации подобных данных. Возможно, поэтому во время второй мировой войны совет-

ские врачи широко использовали диагноз «контузия», незнакомый в других странах. Под него подпадали люди без видимых ранений, но неспособные к действию, дезориентированные. Если бы им ставили диагноз «психологическая реакция», их путь лежал бы прямоком в трибунал и к расстрелу. Возможно, таким образом, наши врачи спасли еще миллионы солдат, которых им до сих пор не ставят в заслугу.

Как известно, миллионы советских граждан были заключены в немецкие лагеря во время войны. Многие из них затем оказались в советских лагерях. Еще больше людей прошло через советские лагеря до и после войны. Конечно, в первую очередь изучают проблемы освобожденных из плена. Во-первых, потому, что военнопленным в лагерях особенно тяжело. Во-вторых, потому, что там, в лагерях, по разному австралийцев, англичан, американцев и «прочих шведов», томятся герои, мученики. Существует огромная литература, огромный объем исследований состояния здоровья бывших военнопленных. Только по заголовкам статей в MEDLINE мы находим 368 статей, прямо посвященных военнопленным. На русском языке в 1981 г. был опубликован *одна* обзор зарубежных исследований. Остальные 5 работ, опубликованные после 1990 г., описывают опыт организации медицинской помощи в советских лагерях для немецких военнопленных.

Беда не в том, что наши ученые-медики не изучают эти важные проблемы. Беда в том, что раз они не проводят таких исследований, значит, они не готовы к тому, чтобы оказывать помощь всем, кто пострадал от пыток и жестокого обращения, от изнасилований и травм, от пребывания в плену или террористического акта. Филтрация опыта превращается в неполноценную квалификацию.

Филтрация настолько полна, что открывая выпуски отечественных медицинских журналов текущего года или 50-летней давности в поисках статей исторических, вы обнаруживаете удивительную для неспорченного глаза картину. Кажется, что если описывать развитие какого-то института или работ в некоей области, то надо описывать их как цепь возникающих проблем и найденных решений. Этого нет! Вся история излагается как движение от хорошего к отличному, лишенная каких бы то ни было проблем, только решения. Особенно забавно выглядит это в трудах историков военной медицины. Лишь немногие из них, такие, как Ф. Комаров, говорят о трудностях медицинского обеспечения во время войны и кратко объясняют их. Большинство излагают цепь организационных решений, каждое из которых совершенно непонятно читателю, если он заранее не знает, что было до этого и какую проблему разрешали. Этот эзопов язык с очевидностью используется для того, чтобы избавить авторов от возможных обвинений в «очернительстве». Показателен пример с исторической статьей об известном советском хирурге Н.Н. Бурденко, который в течение короткого периода был начальником медицинской службы армии демократической России. Авторы в таких словах сообщают читателю о том, что Бурденко всю жизнь скрывал этот факт своей биографии: «Показательно, что сам Н.Н. в служебной анкете 1938 г. вообще не указал, что занимал в 1917 г. этот важный руководящий пост».

Мораль. Мораль печальна. Советский изоляционизм в целом и, в частности, сокращение от русского медицинского сообщества нюрнбергского процесса над врачами-преступниками сделали свое черное дело. Моральное состояние русской медицины и медицинской науки, выражаясь медицинским языком, крайне тяжелое. В этой тяжелой ситуации нет никакого другого средства, как открывать двери для широкой и нелицеприятной дискуссии внутри медицинской профессии и за ее пределами. Никакие кулуарные решения и секретные комиссии не могут сделать ничего. Можно лишь надеяться, что длительный процесс выхода на дорогу развития мировой медицины с ее моральными стандартами завершится успешно в некоей отдаленной перспективе. Да и то в случае успешного развития нашего общества в направлении демократии. Несоблюдение этого последнего условия заведомо лишь разовьет описанные в этой статье (и многие не упомянутые) уродливые проявления.

ИнтерНьюс

Интернет не только калечит, но, возможно, лечит

В последние годы в печати появилось значительное количество публикаций, посвященных влиянию Интернета на психическое состояние человека. Среди аспектов взаимодействия Всемирной паутины и человека одним из наиболее привлекательных является лечение некоторых психических расстройств. Чарльз Пулл, автор комплексного исследования, посвященного медицинским возможностям Интернета, попытался обобщить опыт коллективов, применяющих Интернет-технологии для лечения психических заболеваний. Один из основных выводов, сделанных им в этой работе, — крайне малое количество корректно проведенных экспериментальных исследований. Несмотря на все возрастающее влияние компьютерных технологий на все стороны жизни человека, в том числе на здравоохранение, мысль об использовании Интернета для лечения психических расстройств еще слишком нова, поэтому объем действительно достоверных данных так невелик. Большинство экспериментальных работ посвящено лечению депрессивных расстройств и патологических страхов с использованием когнитивно-поведенческой терапии. При этом используются специальные программы для самолечения, а также ряд вспомогательных приложений, которые входят в курс психотерапевтического лечения и рекомендуются лечащим врачом. Также был проведен ряд исследований по использованию Интернета в лечении зависимостей (курение, алкоголизм), бессонницы и звона в ушах. Исходя из имеющейся информации, автор исследования делает лишь предварительное заключение: использование Интернета может быть перспективным средством для лечения некоторых психических расстройств. Несомненным преимуществом таких технологий является их доступность, а также возможность удаленного лечения (например, при получении инструкций врача по телефону или электронной почте).

Источник:
Vertigo.ru

Выявлено новое заболевание, которым страдают жители туманного Альбиона

Его симптомы включают затруднения в дыхании, учащенное сердцебиение, несварение желудка, понос и бессонницу. Причина недуга, поразившего этих людей — страх, вызванный неспособностью контролировать свои финансовые дела. Финансовые проблемы могут привести к осложнениям в межличностных отношениях, кроме того, состояние здоровья людей, у которых есть такие проблемы, часто хуже, чем у тех, кто способен контролировать свои денежные дела, полагает профессор Роджер Хендерсон, автор исследования, в котором была впервые описана болезнь, получившая название «финансовое тупоумие» (money thickness). По его данным, из-за стрессов, связанных с финансовыми делами, более 4 миллионов англичан вынуждены были отпрашиваться с работы. Признаком развития болезни является способность выплачивать лишь минимальные платежи по кредитам и отсутствие точных представлений о величине своих долгов. Около четверти людей, страдающих от финансовых проблем, вынуждены лечиться от стрессов, депрессии и тревожности.

Источник:
Medportal.ru



Внимание, конкурс!

Это снимок грудной клетки молодой женщины.

Что видно на этом снимке?

Правильно ответившему — приз от редакции: бесплатная годовая подписка на 2007 г. на журнал «Клиническая геронтология».

Ответы присылать по адресу: 115446, Москва, Коломенский пр., д.4, КГБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.

ИнтерНьюс

Любители острых ощущений реже страдают болезнью Паркинсона

Это утверждение относится ко всем людям, подвергающим свое здоровье различным рискам, в том числе курильщикам, кофеманам и любителям крепких алкогольных напитков. Опрос 212 человек, половина из которых страдала болезнью Паркинсона, позволил ученым из Лондонского университетского колледжа выявить характерные черты личности паркинсоника. Будущие паркинсоники необщительны, скрупулезны и не желают рисковать, кроме того, у них часто отмечается повышенный уровень тревожности и склонность к депрессии. «Если вы никогда не курили, то риск развития болезни Паркинсона у вас удваивается, однако причин, по которым это происходит, мы не знаем», — сообщил руководитель исследования Э. Лис. Более ранние исследования продемонстрировали роль курения и употребления кофе в качестве факторов, снижающих риск болезни Паркинсона. Предполагалось, что никотин и кофеин оказывают защитное действие на дофаминовую систему мозга. Однако английские исследователи предполагают, что основную роль в увеличении риска болезни Паркинсона играют не само по себе «неупотребление» алкогольных напитков, табака или кофеина, а определенные черты личности, не склонной к риску. Одним из объяснений этого явления может служить то, что поведение человека может меняться на самой ранней стадии болезни, когда «поломка» дофаминовой системы уже произошла, но симптомы болезни еще не проявились, сообщил Э. Лис. В то же время известно, что люди, имеющие определенные черты характера и темперамент, чаще страдают от других заболеваний. Остается неясным, какие факторы служат причиной болезни, а какие — ее следствием. Полученные данные вовсе не означают, что для профилактики болезни Паркинсона следует уходить в запой, начинать курить и злоупотреблять крепким кофе, поскольку риски других заболеваний в этом случае превысят возможный защитный эффект.

Источник:
medportal.ru

Большинство больных с острым ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой не получают липидснижающие препараты после выписки из стационара

Д-р Мэтью Ривс (Мичиганский Университет) проанализировал данные регистра инсульта за 2002 г., куда вошли 16 клиник. Были отобраны 1907 доживших до выписки из стационара пациентов. При поступлении 30,2% участников принимали липидснижающие препараты. Среди остальных 37,2% было выполнено определение липидного профиля, 12,9% — назначены липидснижающие препараты при выписке. Лишь 31,2% пациентов, которым по рекомендациям Adult Treatment Panel III показаны липидснижающие препараты, эти препараты были назначены при выписке. Эти показатели существенно варьировали в различных клиниках. Внутригоспитальная оценка липидного профиля положительно ассоциировалась с такими параметрами, как крупная клиника с учебной базой, наличие неврологов и нейрохирургов, и отрицательно ассоциировалась со старшим возрастом пациентов, женским полом, фибрилляцией предсердий в анамнезе, неблагоприятным прогнозом.

Источник:
Stroke 2006; 37: 44-9

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 15.09.2005 г.

Сопредседатели секции: член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков; член-корр. РАМН, проф. В.А. Сандриков; проф. М.Г. Глезер.

Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Карман пациента глазами кардиолога».

Круглый стол.

Заседание открыл Ю.Н. Беленков, сказал, что будет обсуждаться пикантная тема, поскольку мы должны заглянуть в карман пациента. Известно, что больные нередко назначенные им лекарства не покупают, мотивируя это отсутствием денег. В то же время по анализу затраченные больными средства на пищевые добавки в 2004 году составили миллионы долларов. Пациенты тратят на них деньги, не уточняя сроки их годности, не вникая в аннотацию. Как только речь идет о таких препаратах, как статины или иАПФ, у наших пациентов возникают сомнения. Под маркой эффективности чеснока они сами могут отменить статины или просто вообще их не покупать. Наша задача состоит в популяризации фармакопрепаратов с экономических позиций. Научное обоснование и толкование фармакоэкономики прозвучит в представленных докладах.

1. Д. м. н. М.В. Авксентьева (ММА им. И.М. Сеченова).

Каждый разговор об экономике здравоохранения начинается с обсуждения необходимости участия врачей в решении экономических проблем. Ситуация в отечественном здравоохранении может быть охарактеризована как нескончаемый спор между управленцами и клиницистами по поводу использования дорогих технологий. При этом врачи отстаивают необходимость обеспечивать больным все полезные технологии независимо от цены, а управленцы действуют в жестких рамках ограниченного бюджета, который не позволяет использовать ничего дорогостоящего. В здравоохранении высока доля соплатежей населения (в т. ч. неформальных), недостаточная удовлетворенность потребности в высокотехнологичных видах помощи. Участие врачей в решении экономических вопросов крайне необходимо.

В основе экономики лежит концепция «упущенных возможностей» — деньги, потраченные на что-то одно, всегда можно было потратить на что-то другое. Альтернативная стоимость любого выбранного варианта действий — это упущенный вариант. В применение к здравоохранению это, например, означает, что альтернативная стоимость обеспечения 14 млн льготников пузырьком корвалола по 4,50 руб. в мес (756 млн руб.) — это лечение плавиксом 27,9 тыс. больных.

Результаты опроса медицинских работников свидетельствуют, что определенная часть наших коллег уже понимает необходимость ограничения доступа к отдельным видам услуг. Например, 55% опрошенных Обществом фармакоэкономических исследований врачей сочли, что медикаментозное лечение нарушений липидного обмена не может быть оплачено всем нуждающимся из государственных средств.

Компромисс между желаемым и возможным позволяет установить методология клинко-экономического анализа — переход от расчета цен к расчету стоимости эффекта, от стоимости пролеченного больного к стоимости вылеченного. Порогом экономической целесообразности, ограничивающим массовое неограниченное применение технологии, должна стать не цена, а соотношение между ценой и полученным результатом.

Приведем пример: новые антиагреганты несколько более эффективны, чем аспирин, для профилактики сердечно-сосудистых осложнений — разница составляет порядка 13 сердечно-сосудистых катастроф за 2 года в когорте из 1000 пациентов. Разница в стоимости профилактического лечения 1000 больных за тот же период — более 50 млн руб. Необходимо решать, устраивает ли такое соотноше-

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ние затрат и эффекта. Это сложно, но более справедливо, чем просто сопоставлять цены.

Следует отметить, что попытки упростить проблему и оперировать стереотипными заблуждениями («экономико-здравоохраненческими мифами») только запутывают ситуацию, поскольку экономисты хорошо понимают их несостоятельность и вообще перестают слушать врачей. К таким распространенным мифам относят утверждения, что однозначно экономически выгодно сокращение числа побочных эффектов, длительности стационарного лечения, периода нетрудоспособности и т. п. С другой стороны, утверждения типа «дешевое всегда выгодно» тоже не выдерживают критики. Например, дженерики не всегда дешевле оригинального препарата, если значительно хуже его по эффективности. Все положения требуют исследования и подтверждения фактами, а не мнениями. То, что система здравоохранения получит, наконец, немалые финансовые средства, дополнительно обуславливает актуальность рационального расходования ресурсов.

Проф. М.П. Савенков (ГОУ ВПО РГМУ).

Нам всем пора понять, что мы живем в России, а это правовое государство с социально-ориентированной рыночной экономикой. С 1993 г. у нас существуют «модели» отношения врача с пациентом. Каждый больной должен знать не только все о своей болезни, результатах анализов и т. д., но и о цене лекарства, которое ему назначается. Если стоимость лекарства превосходит 4 минимальные зарплаты то, назначая препарат, врач обязан это с ним согласовывать. Положение врача бывает сложным. Больной с

кардиальной патологией обречен принимать сразу несколько препаратов. При этом любой дорогостоящий препарат может оказаться для больного малоэффективным, его приходится отменить и назначать другой и т. д. Об этом врач тоже должен предупредить пациента. Далее докладчик привел цены препаратов, используемых

для лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и обратил внимание врачей на то, что есть дешевые средства, которые эффективны. Об этом врач должен говорить больному. Лечить современно — дорого. Например, статины уже входят во все стандарты лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, хотя деньги «заоблачные». Однако есть статины оригинальные, а есть гораздо более дешевые дженерики. Надо учитывать, что цена порой зависит от аптеки. Кроме статинов, подробно остановился на группе иАПФ, которые вне конкуренции стоят по эффекту действия. Обратил внимание врачей на лечение гипертонии. Один препарат не может держать «целевое давление», обычно следует назначать три.

Комментарий проф. П.А. Воробьева: При назначении дженериков следует указать лейбл компании, которая его выпускает, знак качества что определит его надежность, доверие пациента. Далее, озвучив результаты опроса присутствующих на заседании врачей, отметил, что только 60% из них учитывают платежеспособность больных. Касаясь выступления докладчиков, заметил, что не совсем согласен с их точкой зрения. Вопрос в том, кто заплатит за больного? Если за лечение платит сам больной, а ему порой нечего есть или платить за квартиру, а мы ему «навязываем» статины, то это неправильно, более того я считаю это нашим позором, когда больной должен сам оплачивать лекарства. Во всех развитых странах лекарства больным оплачивает государство.

Замечание Ю.Н. Беленкова: Не согласен с П.А. Воробьевым. Больной пьет водку, покупает ее за деньги, а на статины средств не хватает. Мы до сих пор не можем исправить это положение, а пора бы.

М.П. Савенков тоже заметил, что стоимость назначаемого больному препарата врачам нужно учитывать. Если у пациента денег нет, то рекомендовать дорогой препарат — это дикость.

В заключение Ю.Н. Беленков отметил, что заседание очень полезное для всех присутствующих, т.к. со специалистами фармакоэкономики мы мало общаемся. Видимо, следует дать врачу не только анкету по схемам подбора лекарств, но и информацию о том, как «смотреть в карман пациента», как общаться с ним на эту тему. Необходимость участия врача в обсуждении и решении экономических проблем пациента очевидна.



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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НЕВРИТОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: неврит зрительного нерва

Код по МКБ-10: H 46

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2005 г. № 171

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.005	Периметрия	1	1
A02.26.006	Кампиметрия	0,4	1
A02.26.009	Исследование цветоощущения по полихроматическим таблицам	0,1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,1	1
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A04.26.003	Ультразвуковое исследование глазницы 0,02 I A05.26.001 Регистрация электроретинограммы	0,2	1
A05.26.002	Регистрация зрительных вызванных потенциалов коры головного мозга	0,1	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,2	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпритация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,2	1
A05.26.008	Ядерно-магнитно-резонансная томография глазницы	0,001	1
A06.03.002	Компьютерная томография головы	0,001	1
A06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,1	1
A06.26.001	Рентгенография глазницы	0,1	1
A06.26.002	Рентгенография глазного отверстия и канала зрительного нерва	0,1	1
A06.26.006	Компьютерная томография глазницы	0,001	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,5	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,5	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,5	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 10 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	2
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	2
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	2
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	2
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	2
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	2
A02.26.004	Визометрия	1	2
A02.26.005	Периметрия	1	2
A02.26.006	Кампиметрия	0,4	1
A02.26.009	Исследование цветоощущения по полихроматическим таблицам	0,1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,1	1
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	1
A03.26.008	Рефрактометрия	0,25	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,2	1
A05.26.002	Регистрация зрительных вызванных потенциалов коры головного мозга	0,1	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,2	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпритация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,2	1
A05.26.008	Ядерно-магнитно-резонансная томография глазницы	0,001	1
A06.03.002	Компьютерная томография головы	0,001	1
A06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,1	1
A06.26.001	Рентгенография глазницы	0,1	1
A06.26.002	Рентгенография глазного отверстия и канала зрительного нерва	0,1	1
A06.26.006	Компьютерная томография глазницы	0,001	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,5	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,5	1
A11.26.011	Пара- и ретробульбарные инъекции	0,1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,5	1
A17.26.003	Электростимуляция зрительного нерва	0,1	10
A17.26.002	Низкочастотная магнитотерапия на орган зрения	0,1	10
A17.26.001	Электрофорез лекарственных препаратов при болезнях органа зрения	0,1	10

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Лекарственные средства, используемые при офтальмологических заболеваниях, не обозначенные в других рубриках			0,5		
	<i>Стимуляторы регенерации и ретинопротекторы</i>		1		
		Метилэтилпиридинол	1	0,022 г	0,2 г
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,8		
	<i>Прочие</i>		1		
		Пирацетам	0,5	0,8 г	8,0 г
		Пентоксифиллин	0,5	0,6 г	6,0 г
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,5		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Дексаметазон	1	2 мг	12 мг
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			1		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		1		
		Диклофенак	0,7	0,75 г	7,5 г
		Ибупрофен	0,3	0,6 г	6,0 г
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,1		
	<i>Диуретики</i>		1		
		Ацетазоламид	1	0,5 г	2,0 г
Витамины и минералы			0,5		
	<i>Витамины</i>		1		
		Тиамин	1	0,025 г	0,25 г
		Пиридоксин	1	0,05 г	0,5 г
		Аскорбиновая кислота	1	0,15 г	4,5 г

* — анатомо-терапевтико-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КОНДУКТИВНОЙ И НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ПОТЕРЕЙ СЛУХА

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха

Код по МКБ-10: H90

Фаза: все фазы заболевания

Стадия: все стадии заболевания

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 29 ноября 2004 г. № 291

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B01.028.01	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	1	1
B01.046.01	Прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога первичный	0,1	1
A12.25.001	Тональная аудиометрия	1	1
B03.028.01	Объективная аудиометрия	1	1
A12.25.002	Речевая аудиометрия	1	1
A03.25.002	Вестибулометрия	1	1
A12.25.003	Составление слухового паспорта	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B04.028.01	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	1	2
A23.25.001	Подбор слухового аппарата	1	2

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,8		
	<i>Средства для устранения головокружения</i>		1		
		Бетагистин	1	48 мг	8640 мг

* — анатомо-терапевтико-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

ШАМОВ ИБРАГИМ АХМЕДХАНОВИЧ

Лауреат Государственной премии СССР и РД по науке, член Международного Центра Здоровья, Права и Этики и эксперт ЮНЕСКО по биоэтике, Заслуженный деятель науки Российской Федерации и Республики Дагестан, Народный и Заслуженный врач Республики Дагестан, член Союза писателей России, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Даггосмедакадемии, доктор медицинских наук, профессор.

Уважаемое Московское научное общество терапевтов!

Глубокоуважаемые разработчики стандарта медицинской помощи больным ЖДА
Р.А. Хальфин и соавторы!

В Вашем «Вестнике» напечатан ряд стандартов, в том числе и по ЖДА. Базой моей кафедры является гематологическое отделение Республики Дагестан, и стандарты по гематологической патологии касаются также и меня, как руководителя клиники. В связи с этим у меня возникает целый ряд вопросов по отношению к Вашему стандарту по ЖДА.

1.1. ДИАГНОСТИКА

1. Как известно, наибольшей группой ЖДА является постгеморрагическая, при которой вовсе не обязательны явные кровопотери. Может речь идти о малых кровотечениях из ЖКТ и т. д. В связи с этим больным ЖДА являются обязательными такие процедуры, как гастроскопия и колоноскопия, а они в Вашем стандарте не предусмотрены.

2. Есть вторая группа ЖДА, которая обусловлена нарушением всасывания железа в верхнем отделе тонкого кишечника — в 12-перстной кишке. В результате сдвига градиента всасывания вниз, всасывается недостаточное количество железа и возникает железодефицит и анемия. В связи с этим в тех случаях ЖДА, при которых выявить причину не удается, обязательно должно быть проведено исследование на всасывание в 12-перстной кишке (д-ксилозный тест). Этот тест также не предусмотрен в Вашем стандарте.

3. Не предусмотрены в стандарте общий анализ мочи, кала, кала на скрытую кровь, СОЭ, ЭКГ, исследование частоты пульса, измерение АД, рентгенография легких, УЗИ брюшной полости (печень, селезенка).

4. Предусмотрено «визуальное» исследование, но не предусмотрено объективное исследование (пальпация, перкуссия, аускультация).

5. Неясно, как это в наше время «частота предоставления» ферритина 0,01. Данный показатель является обязательным для каждого больного, ибо это наиболее специфичный и чувствительный тест наличия железодефицита.

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 21 ДЕНЬ

1. Непонятно, почему расчет сделан на 21 день лечения. Эта норма не действует уже давно. В настоящее время действует норма примерно в 16 дней (16,3 дня).

2. Неясно, как может быть предусмотрено только «визуальное исследование» 2 раза. А что, при выписке не предусматривается объективное исследование больного?

3. Неясно, почему для лечения предусмотрены только железо сульфат-аскорбиновая кислота и железо гидроксид сахарозный комплекс. Железо сульфат аскорбиновая кислота или ферроплекс в таблетке содержит 50 мг железа. При рекомендуемой Вами дозе в 650 мг пациент должен принимать 13 таблеток в сутки, что практически абсолютно нереально. Комплаенс к данному препарату очень низок. Такое количество таблеток 4—5 месяцев, срок, необходимый для заместительной и профилактической терапии, больные принимать не будут. Совершенно неясно, почему «частота предоставления» 0,9 — может, имеется в виду, что 0,1 будут получать железо гидроксид парентерально?

Возникает вопрос: как быть врачам с остальными препаратами железа, которые не предусмотрены в стандарте, но которые сегодня применяются гораздо чаще, чем ферроплекс или венофер (железа гидроксид), лучше переносятся, имеют более высокий комплаенс и т. д.

Все эти вопросы — не праздные вопросы желающего Вас покритиковать.

Вы предлагаете стандарт. Если этот стандарт будет принят МЗ СР РФ — ФОМС будет требовать и оплачивать только то, что в нем есть, и тогда конфликты и штрафные санкции неизбежны.

Такой стандарт не должен быть утвержден МЗ СР РФ. Он нуждается в значительной переработке и уточнении.

Убедительная просьба ответить на поставленные вопросы.

Проф. И.А. Шамов
7 апреля 2006 г.

Глубокоуважаемый
Ибрагим Ахмедханович!

С удовольствием прочитали Ваши замечания по стандарту «Железодефицитная анемия». Отвечаем на поставленные вопросы.

1. Кровотечение в подавляющем большинстве случаев связано с гинекологическими проблемами, а не с патологией желудка или кишечника. Источниками кровопотери могут быть и стоматологические проблемы, и ЛОР патология, ангиоматозы, кровотечения в глиомические опухоли и т. д. Чаще всего речь идет о небольших кровопотерях, превышающих ежедневную норму в 2—3 раза, но существующих длительно. Написать стандарт по диагностическому поиску кровопотери невозможно. Очевидно, что если к Вам обращается обильно менструирующая дама, то нет нужды отправлять ее на гастроскопию, колоноскопию и прочее, перечисленное в п. 3 Вашего письма. Врач должен вначале составить диагностическую гипотезу (чему, кстати, не учат почему-то на пропедевтике), а затем, используя соответствующий стандарт, пошагово выполнить диагностический поиск. Кстати, у пожилых это может быть и лапаротомия для исключения тонкокишечной опухоли, до которой добраться никаким эндоскопом нельзя.

2. Такая причина дефицита железа, как «нарушение всасывания в 12-перстной кишке», в настоящее время серьезно не рассматривается, так как железодефицит все равно является следствием избыточной кровопотери или повышенного потребления железа (см. «Руководство по гематологии» т. 3 2005). Попытка свести дело к «нарушенному всасыванию» приводит к не диагностированию истинных причин дефицита железа, дает врачу успокоение, что он поставил диагноз, а на самом деле он его пропустил (включая курьезные кишечные опухоли)!

3 и 4. Перечисленные Вами методы (ЭКГ, анализ кала) ничего не дают для диагностики дефицита железа, они могут выполняться в рамках обычного обследования больного. Стандарт содержит минимальный набор услуг, врач вправе расширять его до бесконечности, пока его не остановит сам больной или плательщик.

5. Наши исследования показывают, что почти в 90% случаев в нашей стране при постановке диагноза «железодефицитная анемия» не используется определение сывороточного железа. Уверяю Вас, что и в Вашей республике показатели не лучше, посмотрите, например, назначения акушеров-гинекологов беременным — там такой «сложный» тест не используется вовсе, а железо дается всем! Доказано отрицательное влияние на плод поголовного «железнения» беременных, при полном отсутствии каких-либо положительных сдвигов в течение беременности и родов. Для диагноза достаточно жалоб, анамнеза, снижения насыщения гемоглобином эритроцитов и сывороточного железа. Если это будет делаться — уже победа. А ферритин нужен лишь в диагностически сложных случаях, коих, на самом деле, меньше 10%. Более того, не во всех регионах России можно выполнить это исследование, так что рекомендовать его повсеместно — не просто утопия, а опасно: делать не будут все равно, а диагноз исчезнет, или всех будут госпитализировать, тогда как эту анемию нужно чаще всего лечить амбулаторно.

6. Что значит «действует норма»? Кто ее установил? Нормативными документами в стране установлена продолжительность лечения анемии 21 день (3 недели, только к этому сроку у 70—75% больных нормализуется гемоглобин) и еще 2 месяца поддерживающей терапии в половине от лечебной

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Большинство представительниц женского пола, сделавшие искусственное прерывание беременности, страдают нервными и психическими расстройствами, возникшими как последствия психологической или физической травмы

Некоторые женщины до конца жизни не могут оправиться от потери ребенка и обвиняют в этом себя, другие переживают в течение длительного времени — более пяти лет.

Норвежские ученые длительно отслеживали психологическое состояние нескольких десятков женщин, потерявших плод в результате выкидыша или принявших решение сделать аборт. Согласно результатам исследования, опубликованного журналом BMC, женщины, потерявшие плод в результате выкидыша, страдают больше, чем те, кто по каким-либо причинам выбрал аборт, только в течение первого, относительно кратковременного периода. 47,5 % женщин испытывали острый психологический дискомфорт в течение 10 дней после выкидыша.

Среди сделавших аборт таковых было около 30%. Однако по прошествии длительного срока (до пяти лет), количество ощущающих последствия психологической травмы сократилось до 2,6% среди перенесших выкидыш и осталось на уровне 20% у сделавших аборт. Для определения психологического состояния участвовавших в эксперименте женщин применялись специальные психологические тесты. Авторы исследования полагают, что медики должны уделять значительно большее внимание борьбе с чувством вины и тревогой, преследующими пациенток, по разным причинам переживших потерю ребенка.

Источник:
Медновости.ру

Одна таблетка против всех болезней

О гипотетической «чудо-таблетке» rolypill впервые зашла речь в 2003 г. В нее входят статины, три антигипертензивных препарата в половинных дозах, фолиевая кислота и аспирин в малой дозе. Д-р Николас Вард и д-р Мальком Ло (Лондонский Университет, Великобритания) утверждали, что прием rolypill позволит существенно сократить число инсультов и инфарктов при приеме всеми лицами старше 55 лет и пациентами с уже имеющейся сердечно-сосудистой патологией. В настоящем исследовании д-р Оскар Франко и его коллеги (Роттердамский Университет, Нидерланды) оценивали экономическую эффективность назначения rolypill, с использованием данных 5209 участников Фрамингемского исследования, а также 5214 участников исследования Framingham Offspring Study. Как сообщают авторы, для достижения экономической эффективности в популяциях без сердечно-сосудистой патологии, ежегодная стоимость препаратов rolypill-терапии не должна превышать 300 евро для возраста 50 лет и 400 евро — для возраста 60 лет. Это в 10 раз выше, чем стоимость аспиринолечения, и приблизительно три четверти стоимости статинотерапии. Без сомнения, для реальной экономической эффективности «чудо-таблетка» rolypill должна быть менее дорогой.

Источник:
J. Epidemiol Community Health
2006; 60: 213-7

ИнтерНьюс

Выкачать кровь и остановить сердце, чтобы спасти жизнь

Больные, находящиеся в критическом состоянии — жертвы тяжелых автоаварий, огнестрельных и других ранений, перенесших серьезные кровопотери, возможно, будут искусственно помещены в состояние временной приостановки жизнедеятельности с прекращением всех жизненных функций. Для достижения этого состояния из пациента предлагается полностью выкачивать кровь, выключая работу жизненно важных органов, в том числе сердца и мозга, сообщил хирург-травматолог из Массачусетского госпиталя (Бостон) Хасан Алам. Чтобы избежать гибели тканей, больного будут искусственно охлаждать. После достижения пограничного состояния пациенту будет проведена необходимая операция. Ученые считают, что в запасе у врачей появятся как минимум несколько часов. Пациента будут возвращать к жизни, закачивая ему собственную подогретую кровь и запуская сердце. Ученые уже опробовали методику на свиньях. Поскольку эксперимент оказался достаточно успешным, медики предполагают, что в скором времени станет возможным проведение клинических испытаний. Между тем, последствия данного вмешательства остаются неясными. Не исключена вероятность повреждения мозговых структур и возникновения тяжелых неврологических последствий, какие наблюдаются при операциях на сердце в условиях гипотермии.

Источник:
medportal.ru

«Если число абортот будет снижено хотя бы на 1 процент, то это будет эквивалентно полной ликвидации младенческой смертности в РФ», — сказал М. Зурабов.

В 2005 году в России был сделан 1,6 млн абортов. Такие данные привел министр здравоохранения и социального развития России Михаил Зурабов, выступая на пленарном заседании Госдумы, посвященном демографической ситуации в России. Количество абортов существенно сократилось за последние 10 лет. Так, в 1995 году число абортов, сделанных в России, составило 2,3 млн.

В середине 1990-х годов на одного рожденного ребенка приходилось 2 аборта, теперь же число абортов почти сравнялось с числом рождений.

Источник:
РИА «Новости».

Заместительная гормонотерапия увеличивает риск инсульта?

Большие споры вызвали результаты исследования Women's Health Initiative, показавшие возрастание риска ишемического инсульта у женщин, получающих заместительную гормонотерапию.

Bushnell CD считает, что этот вывод был неожиданным, так как в исследованиях на животных назначение эстрогенов позволило снизить объем ишемического поражения. Механизмы изменения риска неоднозначны, поскольку прием эстрогенов в различных дозировках, с или без добавления гестагенов является многофакторной причиной, кроме того, имеет место индивидуальный риск атеросклероза. Именно поэтому необходимы дальнейшие исследования для уточнения механизма рисков, в которых оценивается влияние эстрогенов на инсульт в сравнении с ишемической болезнью сердца. Также необходимо уметь выявлять женщин группы риска с вазомоторными симптомами, у которых даже при кратковременном назначении гормонов риск инсульта велик.

Источник:
Климакс.ру

Начало на стр. 7 ➤

дозы для насыщения депо железа в организме. Более короткие курсы приводят к неэффективности лечения.

7. Обратите внимание, что обсуждаемый стандарт касается только амбулаторно-поликлинических условий оказания помощи, там нет ни слова о госпитализации. За 3 недели достаточно еще 2 раза пообщаться с больным — в конце 1-й недели терапии посмотреть ретикулоцитарный криз, оценить переносимость терапии, и в конце этого периода — провести контрольные исследования, дать рекомендации по дальнейшей профилактике.

8. В отношении препарата — речь, конечно, идет не о ферроплексе — это препарат для лечения детей, а о Сорбифере Дурулесе. Он включает железо сульфат и аскорбиновую кислоту, более того, они находятся в специальной матрице, что замедляет всасывание до 24 часов, устраняет «пиковую» концентрацию в кишечнике, снижая и число осложнений. Эта группа препаратов неоднократно рассматривалась специалистами, и пока других предложений нет. Дозы рассчитаны для взрослых, для того, чтобы обеспечить нужное количество железа, достаточно 2-х таблеток в сутки Сорбифера Дурулес. Около 10% пациентов (включая детей)

не могут принимать препараты двухвалентного железа из-за запоров, тошноты и др. — в этом случае предусматривается использование трехвалентного железа.

Если ФОМС будет платить по стандарту и требовать его выполнения — так это правильно, он на то и ФОМС, чтобы отслеживать применение стандартов.

И последнее. Стандарт утвержден Минздравсоцразвитием в 2005 г., более того, в 2004 г. утвержден «Протокол ведения больных. Железодефицитная анемия». Эти документы опубликованы в ж. «Проблемы стандартизации» в здравоохранении», Протокол в 2005 г. вышел отдельной брошюрой тиражом в несколько тысяч экземпляров. Вестник МГОТ специально печатает стандарты, чтобы врачи их увидели и оценили, действительно там есть что менять, и мы регулярно печатаем письма читателей с предложениями. Однако Ваше письмо предложение содержит одно — значительно переработать и не утверждать.

В целом еще раз хочу выразить благодарность за письмо.

С уважением
главный редактор профессор
П. Воробьев

ЛИЧНОСТЬ

Максим Петрович Кончаловский относится к блестящей плеяде русских терапевтов, которые заложили и развили основы отечественной науки — творческой, высококультурной и общественной.

Максим Петрович родился в 1875 г. в Одессе, окончил в 1894 г. гимназию в Москве, а в 1899 г. медицинский факультет Московского университета. По окончании медицинского факультета он был оставлен экстерном при факультетской терапевтической клинике, которой заведовал профессор В. Д. Шервинский, а вскоре стал ординатором клиники. На протяжении всего периода работы в клинике он имел возможность учиться и общаться с выдающимися клиницистами своего времени В.Д. Шервинским и Л.Е. Голубиным.

В 1911 г. М.П. Кончаловский защитил докторскую диссертацию о желудочной ахилии. В 1918 г. он был избран заведующим терапевтической кафедрой II Московского медицинского института, а в 1929 г. вернулся в I Московский медицинский институт и возглавил факультетскую терапевтическую клинику, которой заведовал до конца жизни (1942 г.).

Воспитанник Московского университета, М.П. Кончаловский продолжил в терапии основное направление, начало которого идет от М.Я. Мудрова, А.И. Овера, Г.А. Захарьина. Многие годы М.П. Кончаловский являлся лидером отечественной терапии.

С 1923 г. он был Председателем Московского общества терапевтов, а с 1931 г. — также Председателем Всесоюзного общества терапевтов, руководил его съездами.

Свою активную деятельность М.П. Кончаловский направлял на становление высшего медицинского образования, на подготовку врачей, состоял в соответствующих комиссиях Наркомздрава. Будучи блестящим педагогом, лектором, методистом, Кончаловский с коллективом сотрудников создал один из первых учебников по внутренним болезням, затем выпустил печатные клинические лекции, продолжая при этом классические традиции С.П. Боткина, Г.А. Захарьина и А.Л. Остроумова.

М.П. Кончаловский был одним из организаторов создания специального медицинского журнала «Терапевтический архив» (1923 г.), редактором которого он являлся.

Велик вклад Кончаловского в развитие теории клинической медицины. Среди многих научных вопросов следует назвать концепцию предпатологии и предупредительной терапии, периодичности в течении болезней, изучение трудового прогноза, невизма как основы клиники, действующих факторов и ответных реакций организма, синдромов, фаз диагноза, необходимости синтеза функционального и органического, лечебной и научной деятельности и др.

Кончаловский принял непосредственное участие в становлении в дальнейшем развитии гематологии и трансфузиологии, профессиональной патологии, курортологии и физиотерапии, ревматологии, клинике инфекционных болезней. При этом подчеркивал значение сотрудничества специалистов разных областей, в частности, терапевтов и хирургов, терапевтов и невропатологов.

В самой терапии, в клинике внутренних болезней М.П. Кончаловскому принадлежит очень многое в ориги-

нальном изучении и понимании различных заболеваний, в частности, в области гастроэнтерологии, особенно развивавшейся М.П. Кончаловским, — описание гастрита как вторичного, последовательного патологического процесса, язвенной болезни как проявления общего («язвенного») диатеза, рака желудка с угнетением при нем функций пищеварения, изучение эволюции желчно-каменной болезни, комплексной («поливалентной») функциональной диагностики печени, циррозов печени, острых гепатитов; сюда примыкает учение о гепатолиенальном синдроме и гепатонефрите. Кончаловский углубленно изучал ревматизм, делая акцент на воздействующий стрептококковый фактор («агрессор») и особенно на ответные реакции макроорганизма, его реактивность и аллергию. В числе первых клиницистов М.П. Кончаловский стал изучать гипертоническую болезнь и ее зависимость от состояния нервной системы, а также лечебное применение строфанта при недостаточности кровообращения. В области пульмонологии он явился пионером в изучении клинической симптоматики рака легкого, совместно с хирургами (С.И. Спасокукоцким) описал легочные нагноения. Ряд работ М.П. Кончаловского касается нового в то время активного метода терапии — переливания крови, изучения малоизвестного заболевания позднего

хлороза, описания геморрагического диатеза.

Кончаловский внес вклад и в клиническую эндокринологию, изложив клинику сахарной болезни и первый опыт использования при ней инсулина, описал поражения суставов при базедовой болезни, разные формы ожирения, преждевременное старение организма.

Кончаловского по праву можно считать основателем школы отечественных ревматологов. Он был первым председателем Советского Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним, вице-президентом Международной антиревматической лиги, редактором специализированного журнала по ревматологии. Членами комитета борьба с ревматизмом расценивалась как важная государственная задача: «Обязанность государства бороться с тяжкими недугами населения, точно так принципиально должны мы ставить борьбу с ревматизмом». Членами комитета был разработан план деятельности, это была действенная, активная программа, не утратившая своей актуальности до наших дней. Уже тогда подчеркивалась важность организации диспансерного учета людей, страдающих ревматическими заболеваниями. Комитет установил отношения с Международными организациями по борьбе с ревматизмом и координировал свою работу с ними и научными обществами в стране.

Под руководством М.П. Кончаловского при Комитете по борьбе с ревматизмом создается комиссия по номенклатуре, которая выделяет основные группы ревматических болезней; впоследствии эта работа получила развитие в классификации заболеваний опорно-двигательного аппарата, созданной под руководством академика А.И. Нестерова, в работах академика АМН СССР профессора Е.М. Тареева и его школы.

30-е и начало 40-х годов были периодом расцвета деятельности М.П. Кончаловского. Еженедельные конференции в клинике проходили оживленно, интересно, самые молодые сотрудники пробовали свои силы. Широко развертывались дискуссии среди старших помощников М.П. Кончаловского. Сам М.П. Кончаловский терпеливо

Продолжение на стр. 9 ➤



М.П. Кончаловский

Терапевт с большой буквы

Начало на стр. 8 ➔

выслушивал каждое мнение и делал блестящие интересные заключения.

Особенно торжественно проходили его обходы. К ним тщательно готовился персонал, ординаторы, их с нетерпением и надеждой ждали больные.

М.П. Кончаловский, по высказываниям коллег, при такой огромной нагрузке всегда оставался уравновешенным, спокойным и терпеливым, хотя его нервная система была очень тонкой, остро реагирующей на все, что выливалось в постоянные бессонницы, головные боли, высокое артериальное давление.

Забота, внимание и доброта М.П. Кончаловского распространялась на родных, помощников и бесчисленных пациентов. Ему верили, искали у него опоры, сочувствия и

дружбы. Сотрудники поражались его умению работать. Он работал всегда — во время отпуска, в часы досуга — читал, писал или думал, сидя у письменного стола. Свои труды, доклады, статьи и книги М.П. Кончаловский писал незаметно для окружающих: не требовалось тишины, закрытых дверей, каждый мог его прервать каким-то вопросом и всегда мог рассчитывать на серьезный доброжелательный ответ. Весь его облик, манеры, спокойствие внушали огромное уважение и веру в то, что его совет и его мнение окажутся верными.

Теперь, спустя многие годы все яснее видно, что М.П. Кончаловский был выдающимся человеком, в котором гармонично сочетались талант педагога, замечательного врача и прекрасные человеческие качества.

Подготовила А. Власова



XI Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» 2—4 октября 2006 года Центральный дом ученых РАН, Москва

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 2-4 октября 2006 года XI Международной научно-практической конференции. Среди организаторов: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Российская Академия Медицинских Наук, Научное медицинское общество геронтологов и гериатров, Геронтологическое общество РАН, ООО «МТП Ньюдиамед».

Основные научные направления конференции:

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

Техническое обеспечение: оверхед, мультимедийная установка.

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

Важные даты

Предоставление тезисов до 15 июня 2006
Резервирование номера в гостинице
до 1 сентября 2006 года
с обязательным подтверждением бронирования
в сроки с 1 по 16 сентября

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с ус-

ным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции.

К/с 301 018 100 000 000 005 05
Р/с 407 028 105 000 000 004 85
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)
БИК 044 579 505
Код по ОКОНХ: 91514
Код по ОКПО: 189 440 19
ИНН 770 224 522 0
КПП 770201001

Правила оформления тезисов:

Тезисы объемом до 1 страницы формата А4, шрифт 12, 1,5 интервала в 2-х экземплярах высылаются в Оргкомитет. К тезисам прилагается дискета с электронным вариантом (Word для Windows). Возможна пересылка материалов по электронной почте (mtpndm@dol.ru) вложенным файлом. Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В тезисах должны быть указаны название, авторы, организация, желательны — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение.

Образец:

НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТЫ
(большими буквами)
Авторы — Инициалы, Фамилии
Учреждение, в котором выполнена работа
ТЕКСТ

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФПО ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: (095) 118-74-74.
E-mail: mtpndm@dol.ru
Web-сайты: www.zdrav.net; www.zdravkniga.net
Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич
Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна
Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна
Секретарь Иванова Елена Юрьевна

ИнтерНьюс

В прохладительных напитках нашли опасный канцероген

По данным Британского Агентства по контролю за качеством продуктов питания, содержание бензола в продукции ряда ведущих производителей безалкогольных напитков в 9 раз превышает существующие нормы. Бензол, способный в больших дозах вызывать лейкоз, образуется в результате взаимодействия витамина С и бензоата натрия — широко используемого в производстве консерванта. Содержание бензола невелико, и составляет не более 0,000009%. В таком количестве он не представляет непосредственной угрозы для здоровья граждан. Ситуация, однако, осложняется отсутствием утвержденных стандартов по предельно допустимому содержанию бензола для безалкогольных напитков. Профессор Ламинг отметил, что среднестатистический житель индустриального города ежедневно вдыхает около 400 микрограмм бензола вместе с выхлопными газами, что эквивалентно 40 литрам прохладительных напитков при условии, что массовая доля бензола будет достигать в них 0,00001%.

Источник:
gastroportal.ru

Хабаровскими докторами был проведен анализ аптечных продаж антигипертензивных препаратов двум группам пациентов: льготной и покупающей лекарства за полную стоимость

В результате проведения АВС-анализа были получены следующие данные: в декретированной группе больных проводимая гипотензивная терапия соответствует современным требованиям. Затраты на приобретение медикаментов в этой группе в 2 раза превышали розничный отпуск сердечно-сосудистых лекарственных средств. Основной процент льготного отпуска приходился на дорогостоящие препараты из группы ингибиторов АПФ, блокаторов медленных кальциевых каналов и диуретиков. При покупке антигипертензивных препаратов за полную стоимость также предпочтение отдавалось ингибиторам АПФ, диуретикам и блокаторам медленных кальциевых каналов. Однако в данной группе пациентов достаточно часто приобретались и препараты с недоказанной эффективностью и низким профилем безопасности.

Источник:
Проблемы стандартизации
в здравоохранении

Более пяти порций фруктов и овощей в день намного снижают индивидуальный риск инсульта

Опубликованные в 1966—2005 гг. исследования о влиянии потребления фруктов и овощей на риск инсульта были проанализированы д-ром Фенг Хе (St. George University, Лондон, Великобритания). Были отобраны 8 исследований, охвативших 257551 человека и 4917 случаев инсульта, со средним периодом наблюдения 13 лет. У тех, кто съедает более 5 порций фруктов и овощей в день, риск развития инсульта был достоверно меньше (общий относительный риск 0,74), чем среди отказывающихся от овощей и фруктов людей. При потреблении от 3 до 5 порций в сутки риск инсульта снижался чуть менее заметно: относительный риск 0,89. Потребление фруктов и овощей предупреждало развитие как ишемического, так и геморрагического инсульта. В большинстве развитых стран потребление фруктов и овощей составляет 3 порции в день. Если увеличить это количество до пяти порций, удастся заметно снизить заболеваемость и смертность от инсульта, уверены авторы мета-анализа.

Источник:
Lancet 2006; 367: 320-6



МНОГОЛИКАЯ ГЕМОФИЛИЯ

Ю.Н. Андреев

Издательство Ньюдиамед

2006 г.

Книга написана профессором Ю.Н. Андреевым — человеком, всю свою жизнь посвятившим спасению больных с нарушениями свертывания крови, большая часть из которых — дети. Он создал целую школу по подготовке специалистов для лечения пациентов с гемофилией. Впервые в стране начал выполнять эндопротезирование суставов у этих больных. Своим богатым опытом Юрий Николаевич делится на страницах книги. Принципам современного лечения и профилактики осложненной гемофилии предшествуют история «царской болезни», особенности наследования ее. Теоретическая часть сопровождается большим количеством фотографий.

Книга написана живым литературным языком. Интересна для врачей многих специальностей.

АНТИРЕКЛАМА

И вновь «Эхо» разносит антинаучный чад в эфире нашего города. Осенью показало, что радиостанция успокоилась в своем тлетворном влиянии на здоровье граждан, ан нет, видимо, наступило весеннее обострение. Зловредные рекламные выступления перенесли они на середину дня, когда слушают их в основном пенсионеры, верующие на слово дикторам: «У микрофона Яна Розова, здравствуйте! Сегодня речь пойдет об эликсире «Т...». Подробнее о нем рассказывает научный консультант центра информационных технологий Людмила Дмитриевна Воронцова. Здравствуйтесь. То, о чем мы расскажем сегодня, это сенсация, связанная с реальной возможностью восстановления здоровья. Российскими учеными на основе воды, содержащей информационную матрицу (матрица — это таблица, какую таблицу нашли эти шарлатаны в воде?), создан эликсир «Т...». «Т...» производится на уникальном оборудовании с использованием последних достижений российской науки, на носитель поэтапно записывается информационная матрица здоровых клеток человека, так называемая матрица здоровья (даже если не смеяться, то запись может идти с матрицы на матрицу, сама матрица — носитель записываться не может по определению). Вода, как известно, является самым универсальным носителем информационных матриц (кому и откуда это известно?). Эликсир «Т...» на энергетическом уровне через тканевую жидкость? полевою структуру человека (долго думал, видимо, это от слова «поле»), сам находит больные и ослабленные клетки и восстанавливает ткани, органы и весь организм в целом (вы только представьте, ищущая вода, течет по клеткам и что-то ищет). «Т...» обладает комплексным воздействием, улучшает общее состояние, моделирует клеточный и гуморальный иммунитет, синхронизирует биоритмы человека. Эликсир «Т...» воздействует не химией, а информацией, так как запускает процессы самолечения, воздействует на конкретную болезнь и весь организм в целом. «Т...» — самое безвредное, экологически чистое, неожиданное по своему воздействию и эффективности средство. Подробную информацию о лечебных свойствах эликсира «Т...» можно получить по телефону xxxxxx (2 раза).

(А вот и пужалка). Страшные заболевания, названия которых звучат как приговор: гепатиты, диабет, инфаркты, инсульты, болезнь Альцгеймера, Паркинсона, новообразования, вызывают ужас, невольно опускают руки. И в этой безысходности и больной и его близкий неизбежно ждут мучительного конца. Не отчаивайтесь, выход есть. Информационный эликсир «Т...» — это уникальное по силе воздействия средство, которое можно применять при широком спектре заболеваний.

Индивидуальную консультацию можно получить по телефону xxxxxx (2 раза).

Эликсир «Т...» применяют при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: ишемии, стенокардии, атеросклерозе. Отличные результаты получили пациенты, страдающие артритом, артрозами, язвами желудка, 12-перстной кишки, сахарным диабетом. Через 5—7 дней после приема эликсира «Т...» наблюдается положительная динамика у пациентов, страдающих болезнями печени, почек, мочевыводительных путей. Невероятная эффективность эликсира «Т...» при лечении

гнойных ран, трофических язв, ожогов, угрей, герпеса. (А вот, внимание, привет и нам — лично): Заключение по исследованиям эликсира «Т...», данное Гематологическим центром РАМН, подтверждает высокую эффективность и широкий спектр применения эликсира «Т...».

Читают нас, читают, на ус мотают и мстят. А вот интересное заключение по этому поводу Московского Общества Православных врачей (председатель проф. А.В. Недоступ), полученное из Интернета (заседание 15.10.02 в сокращении): рассмотрен доклад физика-радиотехника В.А. Никитина, одного из разработчиков и производителей заряженной (т. н. информационной) воды «Т...» А.В. Недоступ отметил, что разработчики ИВТ заинтересованы в признании своей методики именно среди врачей и во внедрении ее в широкую лечебную практику как относительно недорогого и эффективного средства.

На вопросы о носителе информации, способах ее измерения, передачи и длительного хранения, о критериях здоровья и способах получения клеток, с которых считывается информация, и природе воздействия на человека, а также о различиях в действии эликсиров, которые рекомендуется применять при разных группах болезней докладчик отказывался давать конкретные ответы, ссылаясь на секретность технологии и свою недостаточную компетентность в отдельных вопросах. Он согласился, что на сегодняшний день природа воздействия ИВТ на человека является моментом веры. Доцент МИФИ В.Н. Решетов отметил, что теория волнового генома далеко не является общепринятой и рассматривается современной наукой как шарлатанство; в этой области отсутствуют какие-либо серьезные данные, которые можно было бы обсуждать.

Члены МОПВ единодушно отметили полное отсутствие серьезных доказательств лечебного действия ИВТ: испытания проводились на небольших выборках, без использования двойного слепого метода, в отсутствие

платебо-контроля: согласно протоколам, большинство больных получало общепринятую терапию по поводу своих заболеваний, ИВТ назначалась лишь в качестве дополнения, и сами результаты представлены лишь в описательной, некорректной форме (без данных о статистической достоверности), причем во многих случаях улучшение состояния больных могло развиваться и при естественном течении процесса (восстановление синусового ритма при мерцательной аритмии, например). У членов МОПВ вызвало неприятие желание докладчика убедить врачей в необходимости использования ИВТ, не объясняя механизмов ее действия.

Наконец, духовная составляющая предложенного метода явно противоречит православному взгляду на мир — уже употребление терминов типа «супермозг» говорит об этом. Смена этикетки на «более православную» может привести к обману больных, особенно верующих, т. к. они

легко согласятся с тем, что вода может быть носителем целебных свойств. Было отмечено, что тяготение разработчиков ИВТ к восточной терминологии не столь безобидно и свойственно многим «целителям». Мнения о том, является ли деятельность разработчиков ИВТ видом хорошо организованного бизнеса или добросовестным заблуждением, разделились. Из доклада разработчиков информационной воды «Т...» явствует, что Фармкомитет отказал в регистрации ИВТ как лекарственного средства — на нее был получен сертификат как на питьевую воду. Тем не менее, авторы пытались представить ИВТ врачам как универсальное лекарственное средство, обладающее лечебным эффектом. При этом ни по одному заболеванию авторы не смогли объяснить механизм лечебного действия, ссылаясь на то, что они являются физиками, а не врачами, и апеллируя к положительным заключениям лечебных учреждений об их изобретении. Однако количество этих заключений по каждому заболеванию незначительно, составлены они с грубыми нарушениями правил и научного или практического значения не имеют. Таким образом, представленную воду «Т...» невозможно рекомендовать как лечебный препарат, она может использоваться только в качестве питьевой воды. В соответствии с этим с этикетки необходимо снять всю недостоверную информацию о ее якобы лечебном действии, т. к. доверчивые больные могут поддаться обману, упустить время обращения к врачу и тем самым усугубить свое заболевание».

Вот так. Понятно, это мракобесы из православной церкви, им не понравилась «восточная составляющая», поэтому «Эхо Москвы» встало на защиту светскости и плюрализма, запустив обольняющую рекламу: авось кто-нибудь клюнет. И наверняка клюют и хорошо откапывают за это нищему Эху. Свободная радиостанция для свободных болванов. Привет вам, ребята.

Главный редактор П. Воробьев

ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под ред. Воробьева А.И.
Издательство Ньюдиамед
2006 г.



Книга создана преимущественно сотрудниками Гематологического научного центра РАМН под руководством академика А.И. Воробьева. Это отчет о сложном и славном пути развития трансфузиологии за последние десятилетия. Главные победы на этом пути — спасение сотен тысяч, миллионов жизней пациентов, погибших от кровопотери; и раненых на фронте, и пострадавших в катастрофах и многих, многих других. Книга — не руководство в полном смысле этого слова, а лишь очерки, освещающие наиболее острые и актуальные проблемы современной трансфузиологии: трансфузионная терапия острой массивной кровопотери, кровотечений родильниц, трансфузионная терапия наследственных и приобретенных нарушений свертывания крови, инфузионная терапия септического шока, особенности заместительной трансфузионной терапии в онкологии, искусственное питание, плазмаферез и другие методы экстракорпорального воздействия на кровь, стандартизация и управление качеством в службе крови.

Очерки предназначены для врачей трансфузиологов, хирургов, реаниматологов, врачей отделений интенсивной терапии, сотрудников станций переливаний крови, студентов и ординаторов.

Программа заседаний МГНОТ на июнь 2006 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
14 июня 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионная комиссия
14 июня 2006 года, среда в 17.30	Особенности течения и терапии аритмий сердца у женщин. Практическим врачам недостаточно известны особенности течения и медикаментозной терапии нарушений сердечного ритма у женщин. В докладе рассматриваются особенности клинического течения и терапевтической тактики при пароксизмальных тахикардиях у женщин различных возрастов.
Доктор мед. наук Н.А. Новикова (ММА им. И.М. Сеченова) З.В. Архангельская (ММА им. И.М. Сеченова).	Внезапная смерть у двух молодых женщин (клиническая демонстрация).

Секционные заседания

Секция клинической геронтологии и гериатрии
в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)

Секция ревматологии:
В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34

6 июня 2006 года, вторник в 16.00 Д. м. н. Г.В. ЛУКИНА, к. м. н. Е.П. ЛУЧИХИНА, д. м. н. Д.Е. КОРОТЕЕВ, проф. Я.А. СИГИДИН.	Возможно ли остановить прогрессирование ревматоидного артрита?
---	---

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

Правление МГНОТ

ВНИМАНИЕ!!!

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

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

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон (095) 118-7474, e-mail: mtndm@do1.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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