



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Январь 2007

№ 2 (43)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— Мы как-то обратились к В.Г. Кукесу с просьбой рассказать про фармакогенетику. Честно говоря, комментари были суховаты. У Вас ведь не просто теоретический интерес к высокой науке, у Вас огромное число так называемых «малых народов», «народов Севера».

— Тема очень интересная, она интересна и глобально для всех, она интересна и для тех, кто общается с этносами. На территории Хабаровского края проживает 8 коренных малочисленных народов. Раньше во всем Советском Союзе было 26, сейчас по последнему постановлению, которое подписал Председатель Правительства в апреле 2006 г. — 40 народов относится к группе коренных малочисленных. Общее число граждан, отнесенных к этим народам где-то 24000. Почему эта проблема — фармакогенетика — для них чрезвычайно важна и актуальна? Чем меньше людей в этносе, тем меньше у этноса шансов на дальнейшее успешное выживание. При стандартном подходе к организации медицинской помощи все то, что сегодня имеет медицина, не всегда работает. Почему? А потому, что системы биотрансформации лекарственных препаратов имеют определенные особенности. И эти особенности привязаны к этносу.

Владимир Григорьевич Кукес в свое время благословил меня на эти интересные работы, с его непосредственным участием мы писали первую программу изучения особенностей биотрансформации ксенобиотиков у коренного и пришлого населения, и при его научном руководстве я выполнял докторскую диссертацию по этой проблематике. Сегодня у него прекрасный ученик — Дмитрий Алексеевич Сычев, выполнил такую же работу, в том числе с привлечением данных по Чукотскому автономному округу.

Для нас это имеет не теоретическое, а сугубо практическое значение. Есть такой тип метаболизма, как ацетилирование. Ацетилируется в организме такой препарат, как изониазид, он даже используется как тест-препарат для проверки: быстрый или медленный «ацетилатор» конкретный пациент. Изониазид по-прежнему остается одним из основных препаратов для лечения туберкулеза. И если люди быстрые ацетилаторы, что происходит со стандартной принятой дозой изониазида? Он очень быстро метаболизируется и выводится. Раньше говорили, что это не влияет на эффективность лечения, но мы видим другую картину. И сегодня есть данные, убедительно свидетельствующие о том, что быстрые ацетилаторы, а среди коренных малочисленных народов их где-то порядка 90—95%, получают фактически неэффективную терапию. То есть это люди, у которых разрушение изониазида происходит чрезвычайно быстро, они плохо сегодня лечатся.

А почему мы занялись именно этим? Да туберкулез проблема номер один сегодня для малочисленных народов. Это была исходная позиция, почему мы начали изучать фармакогенетику, и вышли на удивительные результаты. По малочисленным народам Севера данных о частоте распределения быстрых и медленных ацетилаторов раньше не было, мы получили эти данные впервые. Были только ссылки на эскимосов Гренландии, на японцев, китайцев. У нас занимался этим только Лилин в Центральной России. Были отдельные работы, но они не касались популяционных исследований. А так «московская популяция» — этот термин из работ Лилина, мы этот термин используем.

— Но это ведь получается принципиальная разница: одно дело, когда народ в «Вавилонской башне» — Москве, где у каждого человека надо что-то определять, чтобы что-то сделать. Другое дело, если Вы говорите, что есть некий народ, компактно проживающий, где 90% таких людей, и в этом случае у таких людей у всех надо менять тактику лечения.

— Мы к этому пришли. Когда начинали исследование, мы же этого не знали, нам было просто интересно посмотреть, есть ли что-то. И выяснили, что есть. В европейской популяции быстрые и медленные ацетилаторы примерно половина на половину. То есть этому дал — угадал, этому дал — не угадал. Как мы в таких случаях говорим? Ну, наверно, неправильно принимал,

наверно, еще что-то, может, нарушал режим, сейчас еще говорят — препарат был фальсифицирован и поэтому эффекта нет. А у малых народов все это не спишешь на нарушения режима и прочее. Порядка 90—95% — это быстрые ацетилаторы, значит, препараты, которые им назначают и которые метаболизируются путем ацетилирования, должны корректироваться.

А медленные ацетилаторы? Это ведь тоже проблема. Тот же самый изониазид медленно разрушается у

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

И сегодня фармакогенетика — это не просто теоретические измышления клинических фармакологов и биологов, это насущная практическая потребность, особенно для тех территорий, где есть особенности в национальном составе.

Мы понимаем, что должны принять активное в этом участие, но так в России устроено, что если не скажут медицинские руководители сверху, что этим нужно заниматься, никто

поддерживать не будет. То есть мы локально в своей лаборатории это сделаем и В.Г. Кукес в Москве это сделает, профессор

Батурин в Ставрополе сделает, но в целом мы ничего не получим. А нам бы хотелось, чтобы это все работало сегодня на всех, для кого это все важно.

— А кроме изониазида, еще какие препараты сюда относятся?

— Сульфаниламиды, бензодиазепины. Думаю, что спектр будет постепенно расширяться.

— Наверно, все препараты уже известны?

— Нет, конечно. Кто бы занимался изучением всех препаратов, как они метаболизируются, через какую систему. Вы же знаете, как изучаются препараты: препарат ввели, столько-то вывелось. Изучение, через какую систему метаболизируется, не проводится.

— Я думал, это изучается.

— Да ну нет. Изучается, но не сразу и не по полной программе, иначе фирмы бы никогда не вывели препараты на регистрацию. Это же какой объем исследований! Учитывая, что мы огромное количество препаратов, которые создавались в прошлом веке, применяем до сих пор, по ним вообще данных не найдете. А современные препараты — берем инструкцию и читаем, скажем, система цитохромов, сегодня это изучается, но не в полном объеме. Мы такой информацией не располагаем, может быть, она в досье где-то лежит в регистрационных органах, но не уверен. И поэтому нам приходится повторять, возвращаться, изучать.

— Мало того, что нужно генетику изучить, нужно и все препараты прошерстить.

— По-хорошему доказательная медицина предполагает, что все то, что не доказано, должно пройти соответствующую проверку.

— Ну кроме ацетилирования есть же еще вопросы рецепторов, генетически детерминированных...

— Есть, и сегодня об этом широко говорят. В познании еще бесконечно много того, что надо изучить.

— То есть Вы наступили только на кончик хвоста?

— Совершенно верно, мы в самом начале этой длинной, интересной и очень важной цепочки проблем. Когда мы посмотрели, сколько быстрых и медленных ацетилаторов, мы решили выяснить, а влияет ли тип ацетилирования на картину и частоту встречаемости заболевания, на тяжесть его течения? И мы нашли интересные данные: при ряде заболеваний у быстрых ацетилаторов имеется весьма своеобразная картина. Например, пневмония у детей — быстрых ацетилаторов и начало быстрое, если мы начинаем лечить правильно, в соответствии со стандартами, как сейчас принято говорить, очень быстрое исчезновение симптоматики, в том числе восстановление лабораторных показателей. У медленных ацетилаторов начало медленное, затяжное и точно такое же медленное исчезновение симптоматики. В результате на 2—3 дня пребывание в стационаре для медленных ацетилаторов длиннее. Это важно сегодня для тех, кто планирует расходы на лечение? Я думаю что важно. Этому 3 дня, да этому...

— Думаю, что в Москве, где фифти-фифти, не важно — все нивелируется. А там, где компактное проживание — наверно.

— Более того, мы не должны забывать, что придут ведь у нас еще из страховой компании и скажут: «Вы,

ребята, что-то не так делаете, лечите не так, не вписываетесь в стандарт, почему у вас люди лежат больше?» Опять же, когда мы говорим о высокой миссии

врача лечить эффективно и безопасно, мы должны понимать, что за этим еще и экономические расходы. Растратили, значит, кому-то этих денег не достанется.

## ФАРМАКОГЕНЕТИКА далекая и близкая Беседа с ректором...



Сулейманов С. Ш.

некоторых людей, накапливается в организме, и появляются токсические проявления. Откуда полиневриты, откуда гепатиты? Да отсюда.

Ни там хорошего эффекта, ни здесь хорошего эффекта. Значит, необходимо разрабатывать «индивидуальный подход» к лечению людей с особенностями метаболического статуса, который генетически регулируется. И сегодня фармакогенетика — это не просто теоретические измышления клинических фармакологов и биологов, это насущная практическая потребность, особенно для

тех территорий, где есть особенности в национальном составе. Россия-то наша вся представляет конгломерат народов... Вот Северный Кавказ: профессор Батурин стал заниматься этими проблемами на Северном Кавказе. Он получает тоже интереснейшие результаты.

— А в Татарии, Башкирии?

— Есть и там, есть работы по Башкортостану. Для всей России это очень важно. Поэтому мы вносим в Минздравсоцразвития предложение разработать стандарты проведения фармакогенетических исследований.

...если люди быстрые ацетилаторы, что происходит со стандартной принятой дозой изониазида? Она очень быстро метаболизируется и выводится.

...мы огромное количество препаратов, которые создавались в прошлом веке, применяем до сих пор, по ним вообще данных не найдете.



## ИнТерНьюс

**Британцы чувствуют себя менее счастливыми, чем их соотечественники в 50-х годах, несмотря на то, что с тех пор уровень благосостояния возрос в три раза**

Об этом сообщило Би-Би-Си. В исследовании, проводившемся в 1957 году, 52% людей, которые участвовали в опросе, заявили, что они «очень счастливы». Сегодня так считают лишь 36% опрошенных. Похожее исследование, проведенное в Америке, привело к таким же результатам. Очевидно, что повышение уровня благосостояния не ведет автоматически к чувству большей удовлетворенности. За последние 25 лет XX века в Америке, Великобритании и других странах уровень удовлетворенности жизнью постепенно снижается. В начале 70-х 34% британцев считало, что их жизнь «очень счастливая», в конце 90-ых — всего 30%. Несмотря на незначительность этих изменений, они отражают общие тенденции. Если бы людям позволили выбирать, то 81% предпочли быть «более счастливыми», в то время как лишь 13% желали стать «более состоятельными». Также, согласно опросам, 43% считают, что десять лет назад люди были приветливее, противоположного мнения придерживаются 22%. Какие факторы влияют на ощущение человека чувствовать себя счастливым или несчастным? 48% опрошенных отметили в качестве самого важного фактора отношения с близкими, в то время как 24% считало, что наиболее необходимая для счастья вещь — это здоровье. Когда людям, среди которых проводился опрос, предложили в нескольких словах описать, что для них является счастьем, большинство ответило, что для них самое главное — семья и друзья. Неожиданным оказался второй по частоте упоминания ответ — удовлетворенность имеющимся и внутреннее спокойствие. Проявляется тенденция к тому, что многие люди ищут спасения от стресса, вызываемого быстрым темпом нашей современной жизни. На вопрос исследователей, хотели бы они попробовать лекарство, которое делало людей счастливыми без побочных явлений, если бы таковое существовало, 76% опрошенных ответило — нет, 24% — да. Судя по всему, большинство людей выступает за «настоящую» жизнь.

**Источник:**  
www.epochtimes.ru

**Старческая утомляемость — это синдром снижения резистентности к стрессу, который характеризуется повышенной заболеваемостью, смертностью и снижением работоспособности**

Клинические симптомы этого состояния включают в себя слабость, пониженную толерантность к нагрузкам, снижение мышечной массы и активности. Изменение концентрации инсулина и нарушение чувствительности к нему (инсулинорезистентность) при старении может являться причиной развития повышенной утомляемости. По данным исследования CHIAITI были получены сведения о достоверной зависимости между инсулинорезистентностью и хроническим воспалением, инсулинорезистентностью и мышечной силой, инсулинорезистентностью и познавательной функцией. Кроме того, возрастные нарушения в системе гормональной регуляции могут также вести к развитию утомляемости. Было проведено исследование, в котором у 568 мужчин старше 65 лет был измерен гормональный уровень. Число гормонов, отклоняющихся от границ нормы в ту или иную сторону, служило гормональным индексом. У пациентов с уровнем 2—3 гормонов, входящими за пределы нормы, повышенная утомляемость наблюдалась в 2,2 раза чаще, а с уровнем 3—4 гормонов — в 6,4 раза чаще, чем при отклонении от нормы уровня только 1-го гормона. Предварительные результаты свидетельствуют, что нарушение регуляции одного гормона не влияет на возникновение симптомов повышенной утомляемости, а отклонение от нормального значения уровня нескольких гормонов может провоцировать развитие синдрома старческой утомляемости.

**Источник:**  
The aging male, 2006, Vol. 9 (1)

В Лондонской школе экономических и политических наук 15.12.06 состоялось очередное заседание экспертов — участников международного проекта «Инновации в здравоохранении». Проект посвящен сравнительному анализу проблем в здравоохранении России, Словакии, Чехии, Польши и Турции. Проблемы для анализа определяются в

## ПРОЕКТ «ИННОВАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

ходе обсуждения самими экспертами. Координацию деятельности участников проекта осуществляет Лондонская школа экономики.

На первом этапе (06.05—06.06 г.) эксперты проанализировали проблему оценки медицинских технологий в своих странах. По результатам работы подготовлена серия статей, которая должна быть опубликована в ближайшее время.

Темой для второго этапа работы выбрано состояние медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Как и в экономически развитых государствах, в странах-участниках проекта онкология занимает второе место в структуре причин смерти, уступая лишь болезням системы кровообращения. На встрече эксперты рассказали об эпидемиологии злокачественных новообразований в своих странах, об организации и доступности медицинской помощи онкологическим больным. Общей проблемой для всех является высокая распространенность факторов риска (в частности, курения). Даже заблуждения у нас общие — эксперт из Турции г-жа Таттар рассказала, что долгое время рак в турецких регионах, прилежащих к побережью Черного моря, связывали с Чернобыльской катастрофой, однако расчеты показали, что никакого влияния Чернобыль на заболеваемость раком не оказал.

Все испытывают трудности с обеспечением доступности современного эффективного лечения. Важным представляется клинично-экономическое обоснование дорогостоящих технологий, к которым относится существенная часть новых методов лечения рака. Все страны-участницы проекта проводят реформы в системе здравоохранения, имеют де-



Фармако-экономисты тоже шутят



На ступенях клуба Пэлл Мэлл

фицит финансирования и сталкиваются со сложностями в обеспечении доступности и качества медицинской помощи.

Выступающие отметили, что в управлении здравоохранением определяющую роль зачастую играют иные факторы (некоторые называют их «политическими»), нежели чем научная обоснованность, и пришли к общему выводу о необходимости систематической работы с политиками и менеджерами, направленной на повышение объективности принятия управленческих решений. В нашей стране этот подход — учет не только научных факторов — нашел отражение в разработанном «Правиле квадрата принятия решения». Это правило предписывает при принятии решений учитывать влияние неспецифических факторов, не имеющих на первый взгляд отношения к проблеме, и возможное сопротивление со стороны объекта, на которое это решение будет направлено.

Работа по анализу состояния онкологической помощи будет продолжена и, аналогично первому этапу, должна завершиться публикацией отчетов с целью привлечения внимания к этой важной проблеме максимально широких кругов медицинских специалистов.

В Лондоне в эти дни началась последняя неделя перед Рождеством. Среди праздничной толпы на Трафальгарской площади промелькнул мотоциклист с корабом на багажнике, с надписью: «Экстренная доставка крови». Мотоциклами пользуются не только парамедики, но и службы экстренной доставки! Так решаются проблемы пробок в большом городе.

Может быть и нам, в рамках национального проекта Здоровье, уже пора развивать парамедицинскую службу и сажать ее на мотоциклы, хотя бы для спасения на дорогах. Половина погибших в автокатастрофах — гибнут в 1-й час, по сути — от неоказания им помощи. И неграмотные водители с аптечкой, содержащей валидол и одни малюсенький бинт, тут не помогут.

М. Авксентьева, П. Воробьев

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Летом-осенью 2006 г. МГНОТ проводило опрос врачей на тему: какие препараты вы никогда не назначите своему больному. Нужно было заполнить пустые строки, подсказки не было. Понятно было заранее, что такая постановка вопроса оттолкнет большинство респондентов — все привыкли к теме «блажь и благодать», а тут — негатив. Тем не менее ответили на вопрос 255 человек, из них участников секций МГНОТ — 71. Уже неплохо.

Ответы были разными, но их можно сгруппировать. Например, часть ответов была связана со знанием врачами основ медицины доказательств: «нет доказательной базы», «не входящие в стандарты или реестр», «не прошедшие клинических испытаний» и т. д. — таких оказалось 15 человек (почти 6%). Это не плохо. Еще 29 человек (11%) не назначают препарат, пользуясь «клинической целесообразностью» («не по показаниям», «из-за побочных действий» и т. д.). Наконец 12 человек (почти 5%) воспользовались в своих пространственных ответах формальными причинами: «не прошел регистрацию», «индийского производства», «производства Брынцалова», «поддельный» и др.

Дальше — интереснее. Оказывается, врачами ведется бескомпромиссная борьба с гипотензивными средствами, причем все перечисленные препараты эффективны, хотя и относятся к устаревшим или подвержены антипропаганде. К таким препаратам относятся (в скобках — число указавших их врачей) аделфан (10), клофелин (8), резерпин (7), папазол (5), магния сульфат (4), анаприлин (3), кристипин и раунтин (по 2), дибазол и престариум (по 1).

В целом группа препаратов, применяемых при сердечно-сосудистой патологии, оказалась наибольшей, что и понятно — чаще всего врачи сталкиваются с этими препаратами и их отрицательное мнение отражает порой отрицательный жизненный опыт или отчаяние получить эффект от терапии перечисленными препаратами. Так, в этом негативном списке указан рибоксин (7), АТФ (5), кокарбоксилаза (4), атенолол и эринит (по 3), аспирин, милдронат и предуктал (по 2), валидол, дигоксин, дилтиазем, зокор, корвалол, ловастатин, нитросорбид, нифедипин, сульфоксамфоксин, сустак, трентал, тромбо АСС, фелодипин и целанид (по 1). С некоторыми позициями этого мартиролога можно согласиться безоговорочно, с некоторыми — поспорить, некоторые — вызывают удивление. Но что есть — то есть.

Не всегда объяснимо и отрицательное отношение к антибиотикам, средствам, используемым для лечения инфекций. Среди них бисептол (6), гентамицин и пенициллин (по 3), ампициллин и левомицетин (по 2), интраназальная вакцина «Гриппол», капли в нос «Отривин», нистатин, нитроксалин, таваник, тетрациклин, стрептомицин (по 1).

Казалось бы, много отрицательного должно скопиться у врачей против группы препаратов, используемых в гастро-

энтерологии. Ан нет, среди таких, да еще с натяжкой ксеникал, карсил, меридиа, метионин, папаверин, ранитидин и циметидин (по 1).

Зато много претензий у врачей к группе препаратов, используемых для лечения заболеваний центральной нервной системы. Отрицательное отношение высказано в адрес аминазина, атаракса и амилолона (сейчас не зарегистрирован), пирасетама, стугерона, церебролизина, феназепамы (по 2), актовегина, амитриптилина, бетасерка, грандаксина, ди-медрола, коаксила, ко-паксона, ницергамина, седуксена (по 1).

Большая работа проводится по исключению из нашей жизни анальгина, хотя уверенности в правильности такого решения нет. Отрицательное отношение к анальгину высказали 6 человек, к индометацину 3, и по 1 к амидопирину, диклофенаку, реопирину, седальгину Нео, цитрамону.

Приятно, что в том или ином виде против БАД высказались 29 респондентов, отметив такие уникалы, как вобэнзим и нестарит. Некоторые высказывались сразу против определенных групп препаратов: гомеопатические, статины, сульфаниламиды, цитостатики (по 3), транквилизаторы (2), альфа-адреноблокаторы, антиоксиданты, антиаллергенные, антиаритмики, антибиотики, барбитураты, биогенные стимуляторы, наркотические анальгетики, опиаты, психотропные, снотворные, солевые слабительные, стероиды, химиотерапевтические (по 1).

И один оригинальный ответ — цианистый калий. Не за-рекайся!

Состав ответивших был, как всегда, пестрым: до 40 лет 79 человек, от 40 до 60 — 120 человек, старше 60 — 41 человек, 184 женщины и 53 мужчины. Представлены 97 — терапевтические специальности, 28 кардиологов, 26 хирургов, 25 неврологов, по 10 педиатров и медсестер, остальные представляли почти весь спектр медицинских специальностей, включая 2-х патологоанатомов. 110 человек работает в поликлинике, 85 — в стационаре, 169 — врачей, 23 — сотрудники кафедр.

Итак. Какие выводы? — А никаких. Можно проанализировать эти препараты с точки зрения принадлежности к фирмам, и тут в явных аутсайдерах Сервье. Плохо это или хорошо? — может быть, их препараты чаще других звучат в изложении медпредставителей, и врачи начинают отмахиваться? Не знаю. Важно, чтобы врачи задумывались, ставили себе «сторожки» — такие препараты назначать я не буду. По разным причинам, в том числе — потому что они мне не знакомы. Насколько будет востребован Негативный лист Формулярного комитета — посмотрим, но движение это началось.

Е. Деркач, П. Воробьев

## ЛЕКАРСТВА, которые мы назначаем. Или не назначаем.



Начало на стр. 1 ➤

Здесь все перекрещивается: биология и медицина, уровень подготовки специалиста, который должен понимать, что не все зависит от фальсификатов и нарушения режима пациентом, экономика.

Мы посмотрели пневмонии, мы посмотрели инфекционные болезни (шигеллезы), у акушеров-гинекологов их патологию, в офтальмологии посмотрели, в травматологии посмотрели и еще смотреть да смотреть. Но самый-то главный вывод из всего этого, что мы должны изучать это, корректировать назначение лекарственной терапии и прогнозировать возможное течение заболевания у людей с особым статусом метаболическим.

Думаю, что по другим направлениям изучения метаболизма лекарств мы получим тоже не менее интересные результаты. Данные, опубликованные сотрудниками В.Г. Кукеса по Чукотке — интереснейшие — и по варфарину, и по препаратам, применяющимся при лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Все это убедительно подтверждает, что мы сегодня поднимаем интереснейший пласт медико-биологических проблем, которые касаются вопросов организации и осуществления медицинской помощи.

— Спускаемся на землю. Вот 3 года назад вышел приказ по развитию клинической фармакологии. В этом приказе заложено в размере половины строки создание фармакогенетических лабораторий.

— На Дальнем Востоке практически не выполнен приказ. — А где-нибудь он выполнен? Может, эти лаборатории пока еще не нужны? Может, пока это просто наука?

— Я ведь уже сказал, что уже посмотрели и доказали, — это имеет существенное значение для эффективности лечения, для безопасности лечения и для планирования затрат. Люди просто недопонимают важность и значимость этой проблемы.

— Вот поступает больной с пневмонией, и что — я ему должен определить тип ацилтирования?

— Это сейчас имеет существенное значение для малочисленных народов в обязательном порядке, я бы сказал.

— Так если Вы говорите, что там 90%, так что там определять?

— Так оставшимся 10% безразлично, в 10 он процентах или в 90. Он хотел бы получить эффективное лечение, и врач должен ему объяснить, что он себя плохо чувствует не потому, что его плохо лечат, а потому, что есть особенность течения заболевания. И если Иванов уйдет через неделю, а Петров через 1,5 недели, то все нормально, все вписывается. Люди должны знать, почему это происходит.

— У варфарина особенности генетические, а еще у каких препаратов?

— Антиаритмики.

— А ингибиторы АПФ?

— Уже получены у нас первые данные, но мы идем дальше, и сейчас есть тесты, которые определяют индивидуальные особенности тех систем, которые реагируют на ингибиторы АПФ. Мы уже получили первые результаты у малочисленных народов.

— Известно, что желтая раса иначе реагирует на ингибиторы АПФ.

— Желтая раса полиморфна...

— Вы же говорите про «московскую популяцию». Поэтому пока говорим о желтой, белой, черной расе хотя бы. Вроде бы желтые реагируют по-другому на ингибиторы АПФ, чем белые. И черные тоже.

— Более того, в Американских рекомендациях по лечению гипертонии есть специальные приписки, чтобы лечащие врачи обращали внимание на реакцию пациентов с темным цветом кожи. Это официально утвержденные рекомендации. А мы все сомневаемся.

— Тут Ку-клукс-клан не проглядывает?

— Мы должны разделять равенство всех перед законом, равные права и обязанность и различное внутреннее устройство человека в определенных границах, когда это не выходит за патологию. А патологию мы тоже должны знать, и фармакогенетика занимается этим. У нас были интересные больные, которые своеобразно реагировали на введение лекарственного препарата, и никто вокруг не мог понять, что же происходит. Почему обычный, банальный препарат вызывает такую реакцию? Обратились к нам за консультацией, мы диагностировали энзимопатию. Я еще раз подчеркиваю, что человеку без разницы, с какой частотой его особенность встречается в мире...

— То, что раньше все называли аллергией...

— Идиосинক্রазией, когда непонятно почему. Аллергическая реакция, в основе конфликт антиген-антитело. А вот когда вроде и не должно быть реакции такой, а она есть...

Некоторые говорят: «Ну, Вы наверно, ели что-то, вспомните, что Вы ели». Сегодня мы говорим, что, если у человека необычная реакция на лекарственные препараты, то не надо экспериментировать, не надо ему повторно давать их, потому что реакция может быть еще хуже.

— При этом еще накладывается возрастные изменения всасывания или метаболизма, изменения, связанные с почечной и печеночной патологией, половые, гормональные различия.

— Все это присутствует.

— Получается куча-мала.

— Совершенно верно, вот почему те, кто был задолго до нас, говорил об индивидуализации лечения, что нужно подходить всегда взвешенно, и может быть, поэтому они стали говорить про врачебное искусство. Слишком много привходящих факторов, которые надо иметь в виду. Мы-то сегодня уже можем кое-что разложить по полочкам и говорить о стандартизации, и что одно другому не противоречит. Слишком много факторов, которые надо учитывать. Когда мы чем-то пренебрегаем, то мы эффективного и безопасного лечения не получаем. Сегодня вопрос о безопасности проводимого лечения нужно все время выдвигать на одну из первых позиций.

— Вы знаете, чем отличается флорентийская школа живописи? Оказывается, флорентинцы стали прорисовывать свои картины карандашом. Они вначале делали некий прообраз картины, а уже потом раскрашивали это красками. То, что Вы рассказываете — это сейчас именно прорисовывание карандашом: есть некое белое полотно, в котором мы ничего не понимаем (или Черный квадрат Малевича), и на нем карандашом начинают делать перспективу.

— Всякое сравнение может иметь свои плюсы и минусы, но если говорить по большому счету, то фармакогенетика, я думаю, это одно из перспективнейших и важнейших направлений. Мне представляется, что если сегодня не будем интенсивно развиваться в этом направлении, то завтра

встретимся с огромным количеством серьезных проблем. Почему некоторые эффективные антигистаминные препараты, типа астемизола были запрещены, почему

они у какой-то части вызывали нарушения сердечного ритма, вплоть даже до фатального исхода?

— И амидопирин можем вспомнить...

— Просто потому, что там все связано с особенностями метаболизма, отсутствием «нормальной» для большинства людей схемы метаболизма. Препарат не разрушается, а действующее начало там как раз метаболит, в результате накапливается исходная субстанция, которая кардиотоксична. И вместо того, чтобы исчез аллергический ринит, он исчезает вместе с жизнью. И ведь все выяснилось только тогда, когда начали изучать на генетическом уровне. И трагические события были, потому что не изучали, даже не предполагали, что такое надо изучать. Сегодня хорошо это знаем, все с облегчением вздохнули и сказали «Все, убираем препарат. Ищем другие более эффективные и безопасные».

— Вылезет другой, поскольку все равно систематически не изучаем.

— Вылезет. Но даже если бы мы приступили к систематическому изучению, пока наберется хороший блок данных... Но если это будет сидеть в голове у каждого, что всякая реакция это не потому, что больной нарушил режим, то уже будет осторожность.

— Ведь одна из основных задач системы, которую так и не построили в стране, по сбору информации о побочных действиях лекарств, состоит в том, что тупое накопление на компьютере повторяющихся реакций приводит к тому, что их начинают изучать. Потому что врач в жизни не увидит двух повторяющихся реакций. А когда их со всей страны стекаются сотни? Вы помните, конечно, историю с легионеллой:

она была открыта в 40-е годы, но только когда появилось массовое заболевание, связанное с ней, только тогда отреагировало общество. Теперь мы знаем, что это атипичная форма пневмонии, тяжелейшая, но легко лечаемая, к сожалению для тех, кто умер. Сумма фактов очень важна. И поэтому нужно создавать эти центры по сбору информации о лекарственных осложнениях.

— Ну, я надеюсь, что это дальнейшие шаги, которые мы будем здесь предпринимать у себя в Хабаровске и в Институте. Нам нужна поддержка научного сообщества и коллег в центре, потому что не все, что мы делаем, одобряется. Не надо высовываться, — некоторые чиновники именно так и позиционируют свое отношение к нам. Надо развивать науку. Для того, чтобы наука развивалась, нужны определенные вложения в нее. Я думаю, что тот коллектив, который в Институте есть, сегодня в принципе готов решать эти задачи. Нам нужны какие-то средства для развития материально-технической базы, в этом смысле мы очень надеемся на продолжающуюся поддержку губернатора.

Беседовал П. Воробьев

## ИнтерНьюс

### Таблетка от рака кишечника

Специалисты Британского центра по изучению рака разработали препарат, предотвращающий перерождение полипов кишечника в злокачественные опухоли. Новое лекарство способно остановить образование сосудов потенциально злокачественного новообразования. Первые испытания продемонстрировали эффективность и хорошую переносимость препарата. В настоящее время единственным действенным способом предотвращения полипа кишечника является удаление полипов, способных превратиться в злокачественные опухоли. По приблизительным оценкам, полипы в кишечнике образуются у 40% людей в возрасте старше 50 лет. От 5 до 10% этих новообразований со временем перерождаются в злокачественные опухоли. В случае своевременного обнаружения рака кишечника выздоравливают 9 из 10 заболевших. Злокачественное перерождение полипа сопровождается ускоренным образованием новых кровеносных сосудов. Разработанный британскими учеными препарат под названием AZD2171 снижает активность стимулирующего образование новых сосудов белка под названием фактор роста эндотелия сосудов (VEGF). По словам координатора исследовательского проекта доктора Р. Гудлэда, в ходе лабораторных экспериментов препарат остановил развитие злокачественных опухолей в кишечнике подопытных животных. Кроме того, небольшие исследования с участием добровольцев, у которых рак кишечника был выявлен на поздних стадиях, показали хорошую переносимость лекарства и отсутствие у него серьезных побочных эффектов.

Источник: Carcinogenesis, 2006

### Стволовые клетки как родоначальники рака

Существует несколько моделей возникновения рака, согласно одной из них, мутации возникают в самих стволовых клетках, и в результате утраты контроля над самообновлением образуется некий пул стволовых клеток, предрасположенных к онкогенной трансформации. Последующие воздействия, запускающие пролиферацию этих клеток с образованием опухоли, могут произойти на уровне как самих стволовых клеток, так и их потомков — коммитированных родоначальных клеток. Другая модель предполагает, что мутации возникают в стволовых клетках, но все дальнейшие события, ведущие к злокачественной трансформации, совершаются только в коммитированных родоначальных клетках. В рамках данного сценария предполагается, что утраченная клетками-предшественниками способность к самообновлению каким-то образом восстанавливается. Согласно последним данным, право на существование имеют обе модели: все зависит от типа рака. Более того, известен, по крайней мере, один случай, когда в развитии заболевания на разных стадиях действует сначала один, а потом другой механизм.

Источник: В мире науки, 2006, № 10

Опубликованы стандарты медицинской помощи, рекомендованные Минздравсоцразвития к использованию руководителям федеральных специализированных медицинских учреждений при оказании дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи еще по 18 нозологиям: гипоспадия членомошоночная, гипоспадия промежностная, врожденное искривление полового члена, гипоспадия полового члена, другие врожденные аномалии полового члена, атрезия семявыносящего протока, гипопитуитаризм, врожденные аденогенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов, несхаранный диабет, мегаколон, полигландулярная дисфункция, первичный гиперальдостеронизм, влагалищно-толстокишечный свищ, гипопаратиреоз, дивертикулярная болезнь кишечника, болезнь Гиршпрунга, доброкачественные новообразования ободочной кишки неуточненной части, врожденное отсутствие, атрезия и стеноз заднего прохода со свищем.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2006, № 7

Почему обычный, банальный препарат вызывает такую реакцию? Обратились к нам за консультацией, мы диагностировали энзимопатию.



Сегодня мы говорим, что, если у человека необычная реакция на лекарственные препараты, то не надо экспериментировать, не надо ему повторно давать их, потому что реакция может быть еще хуже.

И вместо того, чтобы исчез аллергический ринит, он исчезает вместе с жизнью.



## ИнТерНьюс

**Возраст начала половой жизни за последние годы не изменился, наиболее интенсивной половой жизнью живут люди, состоящие в браке**

Результаты масштабного исследования, проведенного учеными из Великобритании в 59 странах мира, опровергают ряд традиционных предубеждений относительно сексуального поведения современного человека. Согласно полученным данным, прямой связи между уровнем распространения венерических заболеваний в регионе и склонностью населения к промискуитету нет. В своей работе авторы использовали данные исследований за последние десять лет, а также информацию, собранную правительствами различных стран. По словам координатора исследовательского проекта п-ра К. Веллингс из Лондонской школы гигиены и тропической медицины, исследователи были изрядно удивлены некоторыми результатами своей работы. В частности, данные опросов свидетельствуют о том, что число лиц, имеющих нескольких половых партнеров, в пораженных эпидемией ВИЧ и других венерических заболеваний в Африке, относительно невелико по сравнению с развитыми странами Западной Европы. Это может означать, что промискуитет является менее значимым фактором распространения венерических заболеваний, чем, например, низкий уровень образования и нищета, отмечает Веллингс. Данные проведенных опросов свидетельствуют также о достаточно низком уровне сексуальной активности одиноких жителей африканских стран: лишь две трети из них сообщили о том, что регулярно занимаются сексом. Среди не состоящих в браке жителей развитых стран активную половую жизнь вели три четверти опрошенных. Практически повсеместно мужчины и женщины начинают половую жизнь в возрасте 15—19 лет, у женщин это происходит в целом несколько раньше, причем особенно велик разрыв между полами в развивающихся странах. В то же время в различных странах эти показатели могут существенно варьироваться. Например, в Великобритании юноши и девушки приобретают первый сексуальный опыт в среднем соответственно в 16,5 и 17,5 лет. В то же время в Индонезии возраст начала половой жизни составляет 24,5 лет для мужчин и 18,5 лет для женщин. Ученые установили также, что люди, состоящие в браке, занимаются сексом чаще, чем одинокие. Возраст вступления в брак в мире в целом имеет тенденцию к повышению, в том числе и в развивающихся странах. Что касается числа половых партнеров, то в таких странах, как Австралия, Франция, Великобритания и США, оно одинаково велико как у женщин, так и у мужчин, тогда как в беднейших африканских странах нескольких партнеров, как правило, имеют только мужчины, а женщины хранят верность одному. Это обстоятельство имеет большое значение с точки зрения охраны сексуального здоровья: в странах, где женщины зависят от своих мужей, они, как правило, не в состоянии проконтролировать их поведение и не могут настаивать на использовании презервативов. В любом случае, разнообразие традиций, регулирующих сексуальное поведение, исключает единообразный подход к вопросам охраны здоровья в различных регионах мира, отмечает п-р Веллингс.

*Источник: Медновости.ру*

### Чем лечить псориаз?

Доктором Л.А. Пирузян проведен критический анализ данных многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований об эффективности и безопасности лекарственных средств, показанных при псориазе, и фармакоэкономических аспектах терапии. Авторами подчеркивается роль генетических факторов, олигонуклеотидных полиморфизмов, ассоциированных с развитием псориаза, которые должны учитываться при лечении пациентов. Для лечения обострения хронического бляшечного псориаза данные контролируемых рандомизированных исследований позволяют рекомендовать следующие препараты: циклоспорин, системные ретиноиды, комбинация топического витамина D<sub>3</sub> с топическими стероидами, фумараты. Неубедительными являются данные, касающиеся применения таких препаратов, как метотрексат, гидреа, азатиоприн, сульфосалазин.

*Источник:*

*Проблемы стандартизации в здравоохранении, № 6, 2006*

## ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ № 2 от 16.03.2006 г.

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

**Секретарь:** к. м. н. Л.А. Положенкова

**Оппонент проф. П.А. Воробьева**

### Повестка дня:

#### «Знают ли кардиологи тиреотоксикоз?»

Проф. Н.Ю. Свириденко (НИЦ эндокринологии РАМН). «Синдром тиреотоксикоза».

Среди многочисленных причин, приводящих к развитию сердечно-сосудистых расстройств, существенная роль принадлежит гиперфункции щитовидной железы. Под влиянием тиреоидных гормонов происходит нарушение гемодинамики и обменных процессов в сердечной мышце. Они вызывают изменение числа сердечных сокращений, нарушение сердечного ритма и сердечную недостаточность. Для обозначения важнейших проявлений поражения сердца при тиреотоксикозе в 1899 году ученый Kraus предложил термин «тиреотоксическое сердце» — это поражение миокарда, характеризующееся развитием гиперфункции, гипертрофии, дистрофии, кардиосклероза и сердечной недостаточности. Нарушения ритма сердца являются одним из наиболее частых и опасных проявлений дисфункции сердечной мышцы у больных с тиреотоксикозом. После широкого внедрения в клиническую практику метода суточного мониторирования ЭКГ мерцательная аритмия была зафиксирована у 5—15% больных тиреотоксикозом. Аритмии осложняют течение тиреотоксикоза, особенно у лиц с сопутствующей органической патологией сердца, приводя к развитию сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений и цереброваскулярных расстройств. Особенно высока вероятность развития тромбоэмболии у лиц старшей возрастной группы, у которых восстановление синусового ритма на фоне лечения тиреотоксикоза происходит значительно реже, чем у молодых.

В щитовидной железе синтезируется два гормона, непосредственно контролирующих деятельность сердечно-сосудистой системы и обеспечивающих изменение гемодинамики в ответ на меняющиеся метаболические потребности организма — тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3). На уровне клеточного ядра действует преимущественно Т3, биологическая активность которого в 5 раз выше, чем Т4. В крови Т4 и Т3 циркулируют в двух состояниях: в свободной и связанной с транспортными белками форме. В клинической практике мы имеем возможность определять и свободные, и связанные с белками фракции гормонов. Изменение концентрации связывающих белков может осложнять интерпретацию результатов исследования общих Т4 и Т3. В этой связи определение свободных фракций Т4 и Т3 имеет большую диагностическую значимость.

Главным стимулятором синтеза и секреции тиреоидных гормонов является тиреотропный гормон гипофиза (ТТГ), уровень которого при тиреотоксикозе снижается. Лабораторная диагностика патологии щитовидной железы включает тестирование ТТГ, свободного Т4 и свободного Т3. Приоритет тестирования отдается, прежде всего, определению ТТГ высокочувствительным методом. Выделяют клинические (ТТГ снижен, свободные Т4 и Т3 повышены) и субклинические (ТТГ снижен, свободные Т4 и Т3 в норме) формы тиреотоксикоза.

Субклинический тиреотоксикоз является серьезной медицинской проблемой. Субклинический тиреотоксикоз ассоциируется с повышенной смертностью, повышенным риском фибрилляции предсердий, повышенной потерей костной массы. Наиболее часто субклинический тиреотоксикоз развивается у пациентов с узловым или многоузловым зобом, в тех случаях, когда узлы приобретают способность функционировать автономно, т. е. независимо от уровня ТТГ. Для диагностики узловой патологии пациент направляется на УЗИ и скинтиграфию щитовидной железы.

При введении избыточных доз йода (прием амиодарона, йодсодержащих рентгеноконтрастных средств во время коронарографии) у предрасположенных пациентов (старше 50 лет, с исходной патологией щитовидной железы, с функциональными нарушениями щитовидной железы до

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

проведения коронарографии) могут развиваться йодиндуцированные состояния, сопровождающиеся клиникой тиреотоксикоза и нарушением гемодинамики. При сборе анамнеза, особенно у больных с нарушением ритма, необходимо обращать внимание на возможность приема фармакологических доз йода. Больным, которым планируется лечение амиодароном или коронарография, необходимо провести исследование функционального состояния щитовидной железы (определить уровень ТТГ) и при наличии патологии щитовидной железы направить больного к эндокринологу.

В заключение следует отметить, что пациенты с симптомами тиреотоксикоза начинают свой долгий путь в постановке правильного диагноза в кабинетах врачей разных специальностей: терапевтов, кардиологов, невропатологов, гастроэнтерологов, гинекологов и т. д., и проходят не месяцы — годы, прежде, чем они попадут по назначению — к эндокринологу. В этой связи тщательно собранный анамнез и определение ТТГ часто позволяет вовремя поставить диагноз и назначить адекватное лечение.

### Вопросы к докладчику:

**Вопрос:** В каких случаях назначается амиодарон больным с нарушением ритма, обусловленным тиреотоксикозом?

**Ответ:** Показания к его назначению определяет кардиолог, а эндокринолог определяет функцию щитовидной железы.

**Вопрос:** При назначении амиодарона или коронарографии всем больным проводится УЗИ щитовидной железы?

**Ответ:** За рубежом всем, а также определяется уровень

ТТГ в крови, но мы пока такое обследование можем проводить не во всех учреждениях.

**Замечание П.А. Воробьева:** просто выполнение УЗИ щитовидной железы без гормональных исследований необходимо запретить, т. к. это приводит к гипердиагностике.

Докладчик не согласилась с такой позицией, мотивируя это тем, что врачи в таком случае могут не установить рак щитовидной железы.

**Вопрос П.А. Воробьева:** Как обстоит дело со стандартами?

**Ответ:** Пока их у нас просто нет, есть только федеральные программы.

1. С.А. Бакалов (НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова МЗ РФ, отдел нарушения ритма).

### «Амиодарон и дисфункция щитовидной железы».

В докладе обсуждается возможность применения амиодарона в качестве антиаритмического средства у больных с патологией щитовидной железы. Изложена история создания амиодарона, его химическая структура (похожа на химическую структуру гормонов щитовидной железы), показана его эффективность и безопасность по сравнению с другими антиаритмическими средствами (риск возможного развития внезапной смерти снижается на 29%), отмечены его ранние и поздние эффекты действия, а также перечислены его побочные нежелательные эффекты (повышает уровень йода в крови и т. д.). Далее приводятся результаты собственных наблюдений по использованию амиодарона у больных с патологией щитовидной железы. Подчеркнул, что в таких случаях может развиваться амиодарон-ассоциированный тиреотоксикоз или гипотиреоз, и представил тактику ведения больных в таких случаях, схемы лекарственной терапии. Обращено внимание на алгоритм исследования щитовидной железы (УЗИ, уровень гормонов ТТГ), которое следует проводить больным до назначения амиодарона. У 36% больных, наблюдаемых в клинике, функция щитовидной железы восстанавливалась без отмены амиодарона. В заключение привел 2 клинических наблюдения.

### Вопросы к докладчику:

**Вопрос:** Если у больного первый приступ пароксизмальной тахикардии, назначать ли амиодарон и в какой дозе?

**Ответ:** В таких случаях лучше выждать, если приступов больше не будет, то амиодарон не назначать, а если повторяется, то можно начать с профилактических доз.

**Вопрос:** Как устранять аритмию при брадикардии?

**Ответ:** Трудно подбирать терапию в каждом конкретном случае.

### Заключение.

В заключение М.Г. Глезер, поблагодарив докладчиков, заметила, что привлечение врачей разных специальностей к докладам на заседании кардиологической секции расширяет наше представление о патологии сердечно-сосудистой системы и будет способствовать уточнению диагноза и адекватному лечению.



СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 22 ноября 2004 г. № 252

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ  
(ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованной пародонтальной болезни

Код по МКБ-10: K08.1

Фаза: стабилизация процесса

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.02.003	Пальпация мышц	1	1
A01.04.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов	1	1
A01.04.002	Визуальное исследование суставов	1	1
A01.04.003	Пальпация суставов	1	1
A01.04.004	Перкуссия суставов	1	1
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1	1
A02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	1	1
A02.04.004	Аускультация сустава	1	1
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1	1
A02.07.004	Антропометрические исследования	1	1
A06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	0,5	1
A06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	0,5	1
A09.07.001	Исследование мазков-отпечатков полости рта	0,01	1
A09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	0,01	1
A11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	0,01	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
D01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	0,5	1
A16.07.026	Протезирование полными съемными пластиночными протезами	1	1
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	1	1



СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети  
Нозологическая форма: опоясывающий лишай  
Код по МКБ-10: B 02  
Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 22 ноября 2004 г. № 232

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.24.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии периферической нервной системы	1	1
A01.24.002	Визуальное исследование при патологии периферической нервной системы	1	1
A01.24.003	Пальпация при патологии периферической нервной системы	1	1
A04.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	1
A06.03.021	Рентгенография позвоночника, вертикальная	0,5	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,01	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,01	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,01	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 7 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.24.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии периферической нервной системы	1	2
A01.24.002	Визуальное исследование при патологии периферической нервной системы	1	2
A01.24.003	Пальпация при патологии периферической нервной системы	1	2
A04.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	2
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	2
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,01	2
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,01	2
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	2

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Противовирусные препараты		1		
		Ацикловир	1	4,0 г	28 г

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.  
\*\* — ориентировочная дневная доза.  
\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: ( 095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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 докторах, а также врачах 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, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.  
Газета высылается БЕСПЛАТНО

ПРОГРАММА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МГНОТ

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ 2007 г.	
Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И.М. Сеченова, Моховая, 11	
Дата, автор	Тема, аннотация
24 января 2007 года, среда в 17.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Повестка дня: отчеты председателей ангиологической и кардиологической секций, секции «Человек и инфекция», секции клинической геронтологии и гериатрии за 2 года.
24 января 2007 года, среда в 18.00 Проф. О. В. ЗАЙРАСЬЯНЦ (Московский государственный стоматологический университет Россздрава)	Анализ летальных исходов за последнее десятилетие в Москве. Представлен анализ летальных исходов в сравнительном плане с данными мосгорстата, касающийся причин смерти взрослого населения г. Москвы за последние 10 лет. Материал охватывает более 300 тысяч вскрытий, из них около 80% умерших в стационарах. Среди причин смерти преобладали: ИБС — 31%, цереброваскулярные болезни и новообразования — по 18%. В отличие от данных патологоанатомической службы, по данным мосгорстата третье место (около 10%) занимали травмы, отравления и другие внешние причины. Показатель расхождения диагнозов составил для больничной летальности 14—15%, а для внебольничной 40—50%. Ятрогенные осложнения были у 2%. От 3 до 7% составили алкоголизм и алкогольные висцеропатии среди причин смерти населения. Среди новообразований лидируют рак легкого, рак желудка и толстой кишки, у женщин — рак молочной железы, причем за последние годы наблюдается тенденция роста числа умерших от рака толстой кишки, молочной железы, поджелудочной и предстательной желез.
14 февраля 2007 года, среда в 17.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Повестка дня: отчеты председателей секций электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы, гематологии и переливания крови, ревматологической и секции лечебного питания за 2 года.
14 февраля 2007 года, среда в 18.00 1. К. м. н. А. Д. ПАЛЬМАН (ММА им. И. М. Сеченова). 2. К. м. н. Г. В. АН (ММА им. И. М. Сеченова).	1. Синдром обструктивного апноэ во сне в клинике внутренних болезней. В докладе будут изложены представления о синдроме обструктивного апноэ во сне. Рассмотрены разнообразные клинические проявления этого патологического состояния, с которыми практические врачи регулярно сталкиваются в условиях терапевтических клиник. Показаны пути наиболее оптимальной их коррекции. 2. Хроническая дыхательная недостаточность у больного с синдромом обструктивного апноэ во сне (клиническая демонстрация).
28 февраля 2007 года, среда в 18.00 1. Проф. В. М. КЛЮЖЕВ, проф. В. Н. АРДАШЕВ, А. Ф. БАХТИН (ГВКГ им. академика Н. Н. Бурденко).	Пленарное заседание общества, ПОСВЯЩЕННОЕ ДНЮ ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА. 1. Высокотехнологичные виды медицинской помощи в госпитале им. академика Н. Н. Бурденко. В докладе обобщен опыт ГВКГ им. академика Н. В. Бурденко по оказанию высокотехнологических видов медицинской помощи в кардиологии, онкологии, гематологии. В год этот вид помощи получают более 7 тысяч пациентов, из них 10% она оказывается по неотложным показаниям. Наиболее затратными являются разделы современной химиотерапевтической помощи. Применение высокотехнологических видов обследования и лечения позволяет поддерживать высокий профессиональный уровень медицинских работников, улучшить результаты лечения больных, оптимизировать основные статистические показатели работы лечебного учреждения. 2. Электрокардиостимуляция у больных с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности. В докладе представлены результаты проспективного наблюдения за группой больных (85 человек) с тяжелыми формами хронической сердечной недостаточности (ХСН), которым были выполнены оперативные вмешательства с установкой программируемых электрокардиостимуляторов (64 человека) и вентрикулярных систем (21 человек) в целях лечения и профилактики прогрессирования ХСН. Имплантация кардиосинхронизирующих устройств оказалась эффективной при самых тяжелых формах заболеваний, в том числе при ДКМП.
Секционные заседания	
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
18 января 2007 года, четверг в 15.00 Д. м. н. Б. К. РОМАНОВ.	Фармакотерапия артрозов у пожилых больных.
15 февраля 2007 года, четверг в 15.00 Проф. С. Р. ГИЛЯРЕВСКИЙ.	Особенности применения лекарственных препаратов с доказанной эффективностью у лиц старше 80-ти лет. Второе сообщение
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
16 января 2007 года, четверг в 16.30 К. м. н. Т. Н. ЛОПАТКИНА.	Подходы к профилактике социально-значимых вирусных болезней печени.
20 февраля 2007 года, четверг в 16.30 К. м. н. М. В. СЕВЕРОВ.	Факторы риска и их коррекция при стеатогепатите.
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С. П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»)	
16 января 2007, вторник в 17.00 Д. м. н. В. А. ВОСТРИКОВ.	Желудочковые тахикардии и фибрилляция желудочков. Методы диагностики и терапии.
20 февраля 2007, вторник в 17.00 С. Н. ИВАНОВ, доцент М. И. ПАЛКИН, А. М. САВЕНКОВА.	Дискуссионные вопросы суточного мониторингирования АД в клинической практике.
Секция неотложной терапии совместно с расширенным заседание МГНОТ с участием врачей скорой помощи. В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Сухареvская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
13 февраля 2007 года, вторник в 16.00 Академик А. П. ГОЛИКОВ, д. м. н. В. А. РЯБЕНИН.	Метаболический синдром при неотложных состояниях в кардиологии.
Секция ревматологии (В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34))	
6 февраля 2007 года, вторник в 16.00 1. Д. м. н. Б. С. БЕЛОВ, Г. М. ТАРАСОВА. 2. К. м. н. Л. Г. МЕДЫНЦЕВА	1. Проблема инфекционного эндокардита на современном этапе. 2. Инфекционный эндокардит в практике педиатра (демонстрация наблюдений).
6 марта 2007 года, вторник в 16.00 1. К. м. н. В. Н. АМИРДЖАНОВА. 2. Д. м. н. КАРАТЕЕВ.	1. Оценка функционального статуса больных ревматоидным артритом. 2. Дискуссионные вопросы терапии ревматических заболеваний.
В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.	
Правление МГНОТ	
Теперь Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <a href="http://www.zdrav.net">http://www.zdrav.net</a>	

Недавно в разговоре с одним провизором довелось услышать: «Мне не надо знать, почему болит голова, мне надо знать, что нужно выдать таблетку цитрамона» Воинствующая некомпетентность!

Этой теме была посвящена статья в одном из номеров Фармацевтического вестника, написанная исполнительным директором Российской ассоциации аптечных сетей Е.В. Невוליной. Она считает, что поскольку в отраслевом классификаторе Простых медицинских услуг значится «консультация провизора по подбору лекарственных средств», то для такой работы нужна лицензия на медицинскую деятельность. С ее точки зрения это — абсурд.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

МОЖЕТ ЛИ САПОГИ ТАЧАТЬ ПИРОЖНИК?

А ПРОВИЗОР КОНСУЛЬТИРОВАТЬ ПАЦИЕНТА?

«На уровне бытового сознания населения человек в белом халате олицетворяет собой Медицину, и, «раз он работает с лекарствами, то он все знает и о лекарствах и о болезнях»... Формируются проблемы, связанные с тем, что фармацевтический работник пытается подменить врача. А ведь только врач может поставить диагноз, в отличие от фармацевта, который ориентируется только на симптом болезни. За каждой жалобой больного, вероятнее всего, стоит какое-то заболевание, обусловившее появление этого симптома... Встает вопрос и об ответственности за неправомерно рекомендованное лекарство. Не следует забывать, что первой заповедью Гиппократом является «не навреди», и она адресована врачам, дающим эту клятву, но не фармацевтам. Поэтому говорить о консультировании больных и рекомендациях рецептурных препаратов пациентам однозначно невозможно...



При нормальной ситуации, к которой мы должны стремиться, когда фармацевт консультирует врача, а не пациента, по всем синонимам, имеющимся в аптеке, в том числе и по их ценам. Важным здесь является взаимодействие фармацевта с врачом, а не с пациентом. В результате выигрывает в первую очередь пациент, так как он получит именно то лекарство, которое ему назначил врач, основываясь на определенной методике лечения. И врач в этом случае будет уверен, что в аптеке фармацевтический работник не вышел за рамки синонимической замены, тогда и не будет нарушена методика прописанного лечения... Предоставляя больному всю исчерпывающую информацию о правилах приема рецептурного препарата, осложнениях в случае внезапной отмены, соблюдении правил хранения препарата в домашних условиях и т. д., мы непосредственно участвуем в процессе терапевтической помощи, но не управляем им (Это — интересное передергивание — примечание автора).

И тут же противоречит сама себе: «Всемирной организацией здравоохранения были разработаны стандарты аптечных услуг «Надлежащая аптечная практика в общественных (розничных и больничных) аптеках». Одним из направлений осуществления надлежащей практики является деятельность, связанная с самопомощью, включающая предоставление пациенту консультаций, а при необходимости, лекарственного или другого средства для лечения недомоганий, не требующих врачебного вмешательства, которые можно вычитать самолечением... В Канаде... разрешено широкое разнообразие направлений деятельности: проведение мониторинга (скрининг) оценки риска заболевания, проведение образовательных семинаров для посетителей аптек, программы напоминания о повторном отпуске лекарств, консультации по ведению заболеваний, визиты на дом к пациентам для наблюдения за процессом лечения. Также в Германии, Швеции, Великобритании ответственность за рациональное и безопасное использование лекарств в домашних условиях возложена на фармацевтов. В аптеках Австралии, США вам измерят АД, проводят другие тесты, чтобы выяснить, не нужно ли обратиться к врачу, сделают прививки от гриппа, окажут первую помощь при травме. В Канаде и Великобритании провизору, имеющему специальную подготовку, разрешено прописывать средства срочной (неотложной) контрацепции...

Необходимо, что бы врачебная общественность определила круг задач, которые могут решать фармацевты. Первоочередной задачей должно стать обеспечение возможности получения фармацевтическими работниками необходимых знаний о симптомах, при которых можно применять безрецептурные препараты. При этом круг вопросов может быть расширен, кроме рекомендаций по безрецептурным препаратам, фармацевты смогут оказывать первую медицинскую помощь, деятельность, связанную с санитарным просвещением, профилактикой заболеваний, проведение работы среди населения по сведению к минимуму случаев злоупотребления лекарствами и их неправильного применения, услуги по анализу биохимических и физиологических показателей и их скринингу. И еще одна важная задача — обеспечить документирование стандартов оказания простых медицинских услуг и консультаций...

Здесь четко просматривается объективная заинтересованность всех сторон: пациента, который не хочет по пустякам обращаться к врачу, теряя время в очередях; врача, который не будет отвлечен на оказание медицинских услуг, не требующих специальной квалификации и фармацевта, который, повышая качество обслуживания, приобретает доверие пациента».

В общем «казнить нельзя помиловать». Автор и «против» и «за» консультирование провизором пациента. На самом деле врачи во всем мире не справляются с наплывом больных людей: раньше к врачу ходили только с серьезными заболеваниями, сегодня — буквально с каждым чихом. Именно этим можно объяснить развитие семейных врачей во многих странах — такой врач часть вопросов может решить и по телефону, ему проще разобратся в ситуации, с которой он знаком не один день. Семейная медицина ориентируется на донозологическую диагностику — боли в спине, боли в груди, температура, головная боль и т. д. Соответственно и лечение производится симптоматическое. Хорошо это или плохо — вопрос другой, такой подход решает проблему всеобщей доступности медицинской помощи, а при правильной организации позволяет выявить среди массы незначительных симптомов и синдромов те, которые связаны с действительно тяжелыми заболеваниями. Так — в идеале, на практике — как всегда...

Следующим «приближением» медицинской помощи к человеку является так называемое «ответственное самолечение». Фактически оно перекладывает проблемы, в том числе с выбором лекарств, на плечи самого пациента. Концепция ответственного самолечения подразумевает, что пациент идет в аптеку без посещения врача. В этом случае единственным консультантом оказывается провизор, стоящий за прилавком.

Опросы посетителей аптек в разных странах, в том числе и у нас, показывают, что пациент чаще консультируется с провизором, чем с врачом. Конечно, такая услуга предполагает многое. У нас консультанта-провизора нет, и никогда не было. А во многих европейских странах есть. И его функции там определены, и образование (последипломное) у него отличное от провизора за прилавком. Конечно — он не врач, но знание основ оказания медицинской помощи ему необходимо. Требуется ли такая консультативная помощь специальной лицензией на медицинскую деятельность? — нет, сегодня не требует. Вместе с тем, во многих аптеках сегодня консультирует врач, — при этом лицензия на медицинскую деятельность обязательна, а ее, как правило, в аптеках нет. Напомню, что лицензия на медицинскую деятельность подразумевает наличие специалиста с медицинским образованием, а не с фармацевтическим.

Каждый должен заниматься своим делом. Только границы «дела», специальности размываются. Ну, нельзя точно определить, где кончается врачебная помощь и начинается сестринская или провизорская. Хочется все четко разделить — а не получается. Поэтому и возникает большое число «смешанных» специальностей — клинический фармаколог, гинеколог-эндокринолог и т. д. Такой «специальностью» должен стать и «провизор-консультант», и в его функции должно войти оказание медицинских услуг. Так же как входят сегодня услуги провизоров и фармацевтов в деятельность постовых медицинских сестер и фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов на селе. Ни тех, ни других не учат основам фармацевтического дела, а зря.



**Редакция Вестника МГНОТ в недоумении. В 2006 г. фирмы-производители лекарств получали странные письма. Мы не знаем, что это — провокация? подлог? Или полное отсутствие чести и совести? Соседствует все это в одной корреспонденции с письмом заместителя Министра здравоохранения и социального развития о рассылке груза от лица Геотар-медиа. Выглядит, все это скажем прямо, необъяснимо... Пока мы тут про этику и деонтологию...**

Publishing group «GEOTAR-Media»  
1a, Malaya Pirogovskaya Str.,  
Moscow, Russia 119828  
phone/fax: +7 (495)101-39-07  
www.geotar.ru, e-mail: info@geotar.ru



Издательская группа «ГЕОТАР-Медиа»  
119828, Россия, Москва,  
ул. Малая Пироговская, 1а  
тел./факс (495) 101-3907  
www.geotar.ru, e-mail: info@geotar.ru

Директору по маркетингу  
Компании \_\_\_\_\_  
Г-ну \_\_\_\_\_

Уважаемый \_\_\_\_\_!

В ближайшее время издательская группа «ГЕОТАР-Медиа» совместно с Министерством Здравоохранения Российской Федерации осуществит первую часть проекта «Кодекс здоровья и долголетия». Целью данного проекта является обеспечения населения России индивидуальными информационными материалами, отражающими современные сведения о здоровом образе жизни, факторах риска предотвратимых заболеваний и методах борьбы с ними.

В 4-х субъектах Российской Федерации (Москва, Московская область, Красноярск, Пермь) 2000 кабинетов врачей общей практики и участковых терапевтов будут оснащены специальными настольными подставками (рис. 1, 2). В ячейках подставок будут вложены непосредственно Кодексы Здоровья (информационная брошюра с карманом с задней стороны) а также стопки информационных листовок.



Рис. 1. Вариант подставки для вкладышей

вместно с брошюрой «Кодекс здоровья и долголетия». Вкладыши, описывающие МНН, также будут изготовлены, но меньшим тиражом. Каждое МНН мы можем заменить лишь одним препаратом, поэтому, в случае Вашего участия, можем гарантировать отсутствие конкурентов.

Также возможен другой вариант участия. Он подразумевает продвижение препарата непосредственно в листовках, описывающих Международное Наименование. Каждая листовка содержит перечень Торговых Наименований для пациента. В свою очередь мы можем поставить ТН Вашего препарата на 1-е место в данном списке (эффект 1-го места) и выделить красным полужирным шрифтом. В случае если препарат оригинальный в листовку-вкладыш также будет добавлена сноска «Родоначальник группы, все остальные препараты — биоэквивалентные копии».

Участие в данном проекте является максимально эффективным методом продвижения препарата и воздействия на пациентов.

Стоимость участия в проекте «Кодекс здоровья и долголетия»:

- 1. Замена одного МНН на Торговое Название препарата компании .....300 000руб.
- 2. Замена второго, третьего и последующих МНН .....250 000руб.
- 3. Участие в МНН-листочке (одновременно с Заменой МНН на ТН) .....75000 руб. (без прочего участия) .....150 000руб.

Прошу Вас рассмотреть данное предложение и в кратчайшие сроки сообщить решение об участии компании «\_\_\_\_\_» в проекте. Крайний срок подачи заявки — 25 сентября 2006г.

**Постскриптум:** К запуску в 2007 году готовится полномасштабный проект «Кодекса здоровья», где тираж брошюр будет сопоставим с числом граждан России. Участие в первой его части обеспечит Вам значительные преимущества при последующем участии в проекте.

С надеждой на взаимовыгодное сотрудничество,  
Менеджер Дирекции продаж рекламы  
ИГ «ГЕОТАР-Медиа»  
Александр Ионов  
Тел:101-3907  
Моб:8(916)107-1884  
E-mail: ionov@geotar.ru

Продолжение на стр. 9 ➤

**КОДЕКС ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ  
Концепция присутствия рекламы в проекте «Кодекс Здоровья и Долголетия»**

**Краткое описание Проекта**

«Кодекс Здоровья и Долголетия» создается в целях обеспечения населения России индивидуальными информационными материалами, отражающими современные сведения о здоровом образе жизни, факторах риска предотвратимых заболеваний и методах борьбы с ними (основной информационный блок в виде брошюры), а также необходимую для пациента информацию об имеющихся у него заболеваниях и назначенных ему лекарственных средствах (информационные листы-вкладыши).

Всего запланировано пять разновидностей брошюр.

Кодекс Здоровья и Долголетия. Детский возраст.

Кодекс Здоровья и Долголетия. Подростковый возраст.

Кодекс Здоровья и Долголетия. Молодой и средний возраст.

Кодекс Здоровья и Долголетия. Старшая возрастная группа.

Кодекс Здоровья и Долголетия. Беременность и роды.

Каждая брошюра снабжена отдельным карманом для информационных листов-вкладышей по следующим темам:

Заболевания.

Лекарственные средства.

Доврачебная помощь при неотложных состояниях.

Дневники самонаблюдения.

Информационная составляющая проекта проходит обязательную процедуру одобрения профессиональными медицинскими обществами, Ассоциацией медицинских обществ по качеству (АСМОК) и многоуровневую экспертизу.

**Аудитория**

Пациенты, проходящие амбулаторное лечение, обеспеченные комплектом документов программы «Кодекс Здоровья и Долголетия». Приблизительная аудитория всего проекта — 2 млн. человек. Планируется 120 разновидностей вкладышей, из них 80 по препаратам, всего будет напечатано порядка 10 млн. вкладышей, т. е. на каждый вкладыш приходится тираж около 50 000 (тираж варьируется на каждый препарат в зависимости от популярности, 50 000 — среднее число). В течение осени 2006 г. планируется раздать (бесплатно) все вкладыши целевой аудитории.

Планируется снабдить 2000 рабочих мест. Сроки выхода из печати — конец сентября 2006 г.

**Аргументы для фармпроизводителей**

Брошюры и информационные листы-вкладыши создаются и дистрибутируются под эгидой национального проекта «Здоровье» с предисловиями заинтересованных политических деятелей и подключением доступных административных ресурсов.

Информационные листы-вкладыши, в том числе по препаратам, раздаются во время врачебного приема непосредственно пациенту в момент его максимальной заинтересованности в своем здоровье и информации о том, с помощью каких лекарств можно улучшить свое состояние.

Большая аудитория проекта — см. выше.

Авторами выступают ведущие специалисты страны: Чучалин, Оганов, Денисов, Баранов, Беленков и многие другие. Все материалы разрабатываются под эгидой Ассоциации медицинских обществ по качеству.

Проведенная серия фокус-групп позволяет дать рекомендации о наиболее удобной форме подачи рекламной информации: после проведения фокус-группы в первой декаде августа будут предоставлены данные маркетинговых исследований, отвечающих на вопросы о рекламной емкости Проекта, внимании целевой аудитории к рекламе, содержащейся в полиграфических продуктах и средствах визуализации, исследовании лояльности потенциального потребителя к продуктам серии и содержащейся рекламе.

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
Наименование  
(штамп)  
учреждения

Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма №148-1/у-88  
Утверждена Минздравом России  
1997 г.

Серия 1145 ИТ №098909  
\_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г.  
(дата выписки рецепта)

**РЕЦЕПТ**

За полную стоимость	Бесплатно	Оплата
1	2	3

Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_  
(полностью)

Возраст \_\_\_\_\_ ИОВ \_\_\_\_\_ Дети \_\_\_\_\_ Прочие \_\_\_\_\_  
Адрес или № медицинской карты амбулаторного больного \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(полностью)

Руб.	Коп.	Rp.
		Tab. "Sumamed" ..... mg N. 20 D.S. Принимать внутрь по.....табл. утром 1 раз в день

Подпись и личная печать врача \_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_

Рецепт действителен в течение 10 дней, 1 месяца, 2 месяцев  
(ненужное зачеркнуть)



Начало на стр. 8



Дорогой пациент!

Этот листок – важная для Вас информация о лекарстве. Он создан коллективом профессионалов – клиническими фармакологами и врачами – и даёт ответы на вопросы, которые больше всего волнуют людей при применении лекарств. **Помните, что листок не заменяет рекомендаций Вашего врача!** Перед приёмом лекарства внимательно прочитайте инструкцию по его применению, которая всегда вложена в упаковку.

СУМАМЕД®

Международное название лекарства – азитромицин. Разные производители выпускают его под различными торговыми названиями.

Только Сумамед® является эталонным азитромицином. Именно на оригинальных препаратах, таких как Сумамед®, проводятся крупные международные клинические испытания, по результатам которых формируются стандарты лечения. Сумамед® – признанный стандарт для эмпирической терапии бактериальных инфекций, в том числе у беременных женщин.

Дата	Вам назначен препарат под названием	в дозе
	Сумамед®	
Лекарство нужно принимать	всего 1 раз	в день.

**ЧТО ТАКОЕ СУМАМЕД® И КАК ОН ДЕЙСТВУЕТ?**

**ДЛЯ ЧЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СУМАМЕД®?**

**ЧТО НУЖНО СООБЩИТЬ ВРАЧУ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ?**

**КАКОВЫ ПРАВИЛА ПРИЁМА СУМАМЕДА®?**

- Сумамед® (азитромицин) относится к антибактериальным лекарственным средствам группы макролидов.
- Сумамед® подавляет рост и размножение бактерий.

- Для лечения инфекции верхних отделов дыхательных путей (таких как бактериальный тонзиллит/фарингит, синусит, средний отит).
- Для лечения инфекции нижних отделов дыхательных путей (бронхит, пневмония).
- Для лечения инфекций, передаваемых половым путём.
- Для лечения инфекции кожи и мягких тканей.
- Для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, связанной с инфекцией *Helicobacter pylori* (в составе комплексной терапии).

- У Вас когда-либо была аллергическая реакция на антибиотики, препараты группы макролидов или любое другое лекарство.
- Вы беременны, планируете беременность или Вы кормящая мать.
- У Вас имеются заболевания печени, почек, сердца.
- Вы принимаете любые другие лекарства, включая безрецептурные, травы и биологически активные добавки.

- Принимайте лекарство так, как назначено врачом.
- Биодоступность **таблеток** Сумамеда® не зависит от приёма пищи. **Капсулы и суспензию** Сумамед® принимайте за 1 час до еды или 2 часа после приёма пищи.
- Никогда не принимайте лекарственные препараты в дозе большей, чем назначено врачом. Если Вы приняли чрезмерную дозу лекарства, сразу же обратитесь к врачу.

**ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ВЫ ПРОПУСТИЛИ ПРИЁМ СУМАМЕДА®?**

**ЧТО НУЖНО, ЧТОБЫ ЛЕЧЕНИЕ БЫЛО ЭФФЕКТИВНЫМ И БЕЗОПАСНЫМ?**

**КАКИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ АЗИТРОМИЦИН?**

**КАК ПРАВИЛЬНО ХРАНИТЬ СУМАМЕД®?**

- Во время лечения носите упаковку с лекарством с собой.
- Это лекарство назначено только Вам. Никогда не давайте его другим людям, даже если Вам кажется, что у них аналогичное заболевание.

- Примите пропущенную дозу лекарства сразу после того, как вспомнили.
- Если Вы пропустили один приём лекарства, а уже наступило время очередного приёма, продолжайте приём по прежнему графику.
- Не принимайте двойную или дополнительную дозу лекарства.

- Убедитесь, что Вы хорошо переносите лекарство.
- Поддерживайте контакт с Вашим врачом для контроля эффективности и переносимости лечения.
- Принимайте лекарство через равные промежутки времени.
- Перед тем как использовать любые другие дополнительные лекарства, посоветуйтесь с Вашим врачом.
- Если в течение 2 дней после начала лечения Вы не заметили улучшения или Ваше состояние ухудшилось, обратитесь к врачу.
- В случае улучшения самочувствия не прекращайте приём лекарства. Преждевременное прекращение лечения может привести к возврату заболевания. **Особые свойства Сумамеда®** позволяют принимать препарат короткими 3-дневными, удобными к выполнению курсами.
- Перед любым хирургическим вмешательством, включая стоматологическую помощь, сообщите врачу о том, что Вы принимаете Сумамед®.

- Наряду с пользой, все лекарства могут вызывать нежелательные (побочные) реакции.
- Посоветуйтесь с врачом, если возник любой из следующих побочных эффектов: боли в животе, тошнота, рвота, жидкий стул, запоры, отсутствие аппетита, кожная сыпь, головная боль, головокружение, звон в ушах и другие дискомфортные проявления.
- ВАЖНО!** Срочно обратитесь к врачу или вызовите «Скорую помощь» при: высыпании на коже, затруднении дыхания, отёчности лица, полости рта, шеи, кистей или стоп.
- Любые другие беспокоящие Вас ощущения, которые с Вашей точки зрения связаны с приёмом этого лекарства. Вы можете обсудить с врачом.

- Храните Сумамед® в закрытой упаковке в прохладном сухом месте, недоступном для детей, вдали от прямого воздействия тепла и света.
- Никогда не храните препарат после истечения срока годности. Убедитесь, что выброшенное лекарство недоступно для детей.



Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

- Круглый стол
- Обсуждения
- 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:

- Ноников В.Е., д.м.н., профессор, заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, профессор, заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

Программа заседания:

- Основной доклад
- Выступления оппонентов
- Доклад спонсора

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

- Круглый стол
- Обсуждения
- 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»



## Приглашение

**«Артериями  
управлять  
научились.  
А венами?»**

22 февраля 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Приглашение

**«Воспаление  
легких»**

6 марта 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Приглашение

**«Женщина.  
Дела  
сердечные»**

15 марта 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

Накануне Нового Года, 27 декабря 2006 г. остановилось его неугомонное сердце... Ох, как трудно пишутся эти слова.

Зиновий Соломонович родился 25 апреля 1925 г. в Одессе, в профессорской медицинской семье. Одесса была в начале XX века средоточием интеллигенции, отсюда вышли почти все известные советские писате-

Зиновий Соломонович подготовил 32 докторов и 82 кандидатов медицинских наук, причем многие его ученики выполняли свои работы в других городах России и за рубежом. Он автор более 560 печатных работ, не считая тезисов, выпустил более 50 книг, готовил к переизданию еще одну в последние свои дни.

Основное направление его работ — исследование гемостаза, методов диагностики его нарушений и лечения выявленных болезней. Попутно разрабатывались вопросы патогенеза многих заболеваний, к примеру, сепсиса, атеротромбоза и т. д. Учение Баркагана о ДВС-синдроме перевернуло многие традиционные представления в медицине и позволило спасти миллионы — без преувеличения — жизни.

Все, кто раньше погибал от кровотечений (в родах, на операционном столе, при тяжелой инфекции и травмах и т. д.), острой полиорганной недостаточности, получили после внедрения его метода терапии, шанс остаться здоровыми. Пожалуй, наиболее драматично эффективность метода терапии с использованием плазмафереза, криоплазмы и гепарина была продемонстрирована во время землетрясения в Армении, где удалось сделать невозможное: не ампутировать ни одной конечности у сотен пострадавших, снизить частоту острой почечной недостаточности в 10 раз и во столько же — летальность.

Не менее значимым является борьба с привычной невынашиваемостью беременности, объявленная З.С. Баркаганом двадцать лет назад. До 80% женщин с этой патологией страдают, на самом деле, антифосфолипидным синдромом и применение плазмафереза и гепарина на протяжении всей беременности позволяет сохранить ее в 100% случаев. Только его усилиями на свет появилось 160 младенцев. Женщины приезжали рожать в Барнаул из Америки, Швеции, других стран. Сейчас методика эта распространена повсеместно, и, вероятно, благодаря его идеям родились тысячи детей.

Зиновий Соломонович был лауреатом Государственных премий СССР, членом-корреспондентом РАМН, награжден медалью им. П. Эрлиха, Демидовской премией, премией им. Кончаловского, почетным профессором Миннесотского университета, почетным членом правления МГНОТ, почетным гражданином г. Барнаула. Его любил в семье, ученики, многочисленные коллеги и друзья. Он был обаятельным человеком, прекрасным лектором и рассказчиком, на выступления которого приходили не только врачи. Зал всегда ломился, слушали его, затаив дыхание. А сколько различных историй он знал, сколько «тайных троп» познания было ему ведомо.

Потеря эта невосполнима. Но увековечить память этого неординарного человека необходимо. Нужно присвоить его имя улице в городе, алтайскому медицинскому ВУЗу, а так же синдрому или методу лечения. Наиболее подходящим кандидатом представляется синдром Баркагана — ДВС, ведь именно здесь им сделаны наиболее весомые открытия и достигнуты наиболее значимые успехи.

Правление Московского городского научного общества терапевтов, Редакционная коллегия Вестника МГНОТ

## Зиновия Соломоновича БАРКАГАНА больше нет!



ли и музыканты. Почему-то так сошлись звезды. В Одессе в разное время работали выдающиеся ученые: Пирогов, Мечников, Гамалей, биологи супруги Ковалевские. Своим непосредственным учителем Зиновий Соломонович считал академика Михаила Ясиновского, а выдающийся офтальмолог Филатов спасал молодого ученого на защите диссертации, посвященной вопросам, преследуемым в то время — генетическим аспектам гипертонии.

Фашистское нашествие Зиновий Соломонович пережил в эвакуации. Потом работал у Ясиновского, занимавшего крупную медицинскую должность в Черноморском флоте, изучал распространенность гепатита на фронте. После защиты диссертации в 1950 г., в период антисемитской истерии Зиновий Соломонович вынужден был уехать в Сталинабад (Душанбе).

В Таджикистане Зиновий Соломонович столкнулся с массовой гибелью людей от укусов змей и пауков-каракуртов. Все, что знали тогда — перетягивать укушенную конечность резиновым жгутом, что приводило в лучшем случае к ее последующей ампутации и, как правило, не спасало жизнь. Именно Баркаган предложил отсасывать яд из змеиного укуса ртом, и во всех энциклопедиях и справочниках по неотложной помощи приводится метод борьбы с последствиями укусов по Баркагану. Доказывая безопасность этого, ученый провел эксперименты на себе, держа во рту яды гюрзы и эфы, а после — и предварительно поранив слизистую ротовой полости.

Известность Баркагана как серпентолога признана во всем мире, многие энциклопедии выходят с фотографиями ядовитых змей, сделанными Зиновием Соломоновичем. За разработку и внедрение этой методики он стал членом Лондонского Королевского общества естествоиспытателей. Вероятно, он сегодня единственный в России врач, удостоенный этой чести. Членами этого общества были Рентген, Ньютон. За цикл работ со змеями З.С. Баркаган был избран в президиум Международной ассоциации биотоксикологов.

В 1956 г. Баркаган поехал работать во вновь создаваемый медицинский институт в Барнауле, стал первым заведующим клинической кафедрой этого ВУЗа. Он проработал в Барнауле ровно 50 лет. За эти годы

## ВНИМАНИЕ!

ДЛЯ НЕВРОПАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ,  
ТЕРАПЕВТОВ, А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ!  
ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

### ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Утверждено

Заместителем Министра здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
В.И. Стародубовым 14 января 2005 г.

Издательство НЬЮДИАМЕД  
2006 г.



Болезнь Паркинсона — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, клиническая картина которого складывается в основном из двигательных, вегетативных, сенсорных и психических нарушений, нарушений сна и бодрствования. Своевременная диагностика и правильно выбранное лечение, как правило, сохраняет на долгие годы профессиональную и бытовую активность пациента.

Утвержденный Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» (далее Протокол) содержит четко регламентированную информацию о диагностике и лечении данного заболевания. Использование в Протоколе медицинских технологий обосновано результатами качественных клинических исследований в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Протокол создавался с участием ведущих специалистов научно-исследовательских центров страны и проходил апробацию в условиях практического здравоохранения.

Использование Протокола в практической работе, научных и учебных программах, деятельности организаторов здравоохранения позволит принимать рациональные клинические и организационные решения, избежать использования неэффективных медицинских технологий и как результат — обеспечить качество медицинской помощи.

Протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» — основа для внедрения современных методов диагностики и лечения в практику здравоохранения и создания системы управления качеством медицинской организации.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД

E-mail: mtpndm@dol.ru

Подробности на сайтах [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, 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. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечер, А.И. Кириченко, Б.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Мамкин, 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. Новоженов, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Пальев, М.А. Пальев, В.А. Парфенов, А.В. Попова, А.В. Похорожов, В.И. Похорожовский, В.И. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, 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. Шлептор, 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 (495) 118-7474, e-mail: mtpndm@dol.ru [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

Отдел рекламы (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.