



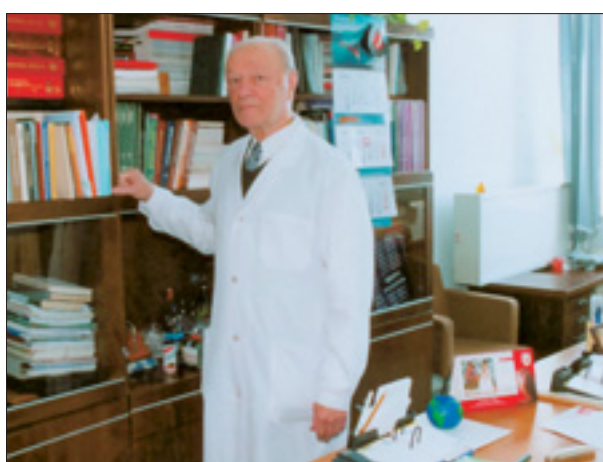
ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Сегодня медицинские статьи строятся авторами без малейшего интереса к стилю изложения: статья представляет собой протокол. Если читателя интересует только набор фактов, то его можно изложить коротко, четко и аббревиатурами. Но очень важно такой материал сопровождать хорошими цифровыми данными, таблицами, графиками, тем, что облегчает понимание даже при чтении на чужом языке.

Если же вы хотите, чтоб статья заставила читателя думать, то она должна строиться по-другому, должна запомниться, произвести впечатление. И в таком случае отвлечения только усиливают впечатление от прочитанного. Очень важно, когда мы пишем о каком-то событии или открытии, произошедшем давно, упомянуть о том, что происходило в это время вокруг. Ведь не зная ситуации, иногда невозможно правильно оценить поступки людей.

НАУЧНАЯ МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ СТАРОГО ВРАЧА

Е.Е. Гогин



Если врача считать машиной по выписыванию лекарств, то тогда, конечно, ему не нужна история медицины, не нужно помнить про учителей. Вот только лечиться у такого врача определенно не стоит. Врач должен прежде всего проникнуться потребностями пациента.

Когда говорили о приравнивании к великомученикам царской семьи, то не упоминали тех людей, которые добровольно на это пошли. Великомученики-то они потому, что пошли на смерть, выполняя свой долг! То, что Е.С. Боткин похоронен вместе с царской семьей, значит больше, чем генеральские погоны при жизни.

Боткины талантливейшая семья. У англичан долгое время считалось, что подготовленность человека наследуется как минимум от родителей, а то и от предыдущих поколений. Ведь ребенок воспитывается с первых часов и дней жизни – у одних родителей правильная речь, у других неправильная. Очень важно, когда и как развивается, совершенствуется и стареет центральная нервная система. Это чисто медицинская сторона дела. Хорошо известно, что есть дети, которых выхаживали животные. Если эти дети в первые 3 года не слышали человеческой речи, то научить их разговаривать уже невозможно. Невозможно обрести ту стадию развития мозговых центров, которые позволяют это делать. У человека очень многое из того, что у животных чисто в инстинктах, отесняется с первых позиций, а вместо этого приходит на первый план развитие человека общественного. Оценить это иногда помогает патология мозга. У человека есть два совершенно разных центра – Брока – формирует речь и Вернике: анализирует чужую и свою речь. В случае кровоизлияния, если человек может писать, но при этом не может понять, что ему говорят на родном языке, пострадал центр Вернике, а если пострадал центр Брока, то человек все понимает, усваивает, но не может ответить. В лучшем случае то, что вы у него спрашиваете, он поворачивает в позитивном смысле и отвечает на вопрос вашими же словами. Детей, воспитанных животными, можно приучить к прямохождению, но когда им нужно будет поторопиться, они опять вскакивают на четвереньки, и это продолжается многие годы. Мало того, для них запахи стали как для животных – целым миром. Это не унаследовалось генетически, но развилось в нужный момент. Так же и мышцы, если не тренируются, то превращаются в тряпки и, то же самое происходит с мозгом. От воспитания зависит значительно больше, чем мы себе когда-то представляли.

С Яновским произошло то же самое, у него ведь тоже были генеральские погоны. После революции его фактически вытеснили из Военной академии. Очень интересные экзамены, которым его подвергали перед тем, как он стал читать свои первые профессорские лекции; оппонентом был в том числе и Павлов Иван Петрович. Несмотря на то, что Яновский был как бы ученик, его все равно экзаменовали. Тогда выбор в профессора был строже, чем сейчас в Академию наук. Кроме знаний, имело большое значение умение преподавать, умение донести. Принимались во внимание и научная сторона, и организаторские способности и умение подойти к больному. Яновский по существу основатель той московской школы, изучавшей периферическую гемодинамику, которая сейчас оказалась как-то очень обособлена, насколько мне кажется, московская профессура этой подготовки не имеет. Это школа отчасти Ланга, отчасти Николаевича Савицкого, который окончил две академии – военно-медицинскую и физический факультет университета. Поэтому у этой школы все было изначально глубоко положено на физику. Идея, которая постоянно осмеивалась потом – о периферическом сердце –

была Яновского. Все шло по аналогиям – пищеварительная трубка, но там ведь совсем другие законы, ведь удивительно, но когда по кишечнику идет игла с острым концом, или рыба кость, она никогда нигде ничего не

уколет, сокращения кишечника происходят так, что носик иглы всегда будет приподнят. Уколоть она сможет только в горле, пищеводе, желудке или на выходе, все петли кишечника она минует без повреждений. В сосудах все несколько иначе. Капилляры получают кровь под постоянным давлением, и распределяет кровотоком отнюдь не ЦНС, а местные процессы.

Закон Ома был сформулирован в первой четверти XIX века, и четко было известно Яновскому, что когда вы включаете лампочку, свечение зависит не от того, какое напряжение сейчас на электростанции, а от того, какую лампочку вы включили. Вы можете рефлектор менять, больше сопротивление сделаете – меньше получите трагедии, меньше сделаете сопротивление – пойдет широким

потоком электроэнергия. То же происходит и в системе кровообращения: если у вас пересечена артерия, в течение нескольких минут вы потеряете всю кровь, потому что тут никакого сопротивления не будет, а во всех других руслах, как бы они в этот момент не старались расширяться, ничего не остается. Закону Ома строго соответствует и подача и тонус резистивных сосудов. На сегодняшний день у нас в головах еще остаются те знания, навыки, которые нам привила старая профессура о том, что все настолько целесообразно, что это, конечно, нервная система регулирует. А ведь от этого понимания зависит, чем и как вы будете лечить этих больных. Я ведь еще помню, как гипертоников пытались держать спящими по 16 часов в сутки. А потом они в течение нескольких ближайших месяцев умирали от злокачественной гипертонии. И именно из-за таких методов лечения.

Яновского очень интересовало, как же складывается гемодинамика на периферии и почему там все меняется. И ведь не кто-нибудь другой обратил внимание и развил всю идею, а Коротков. Яновский сам представлял эту идею как идею Короткова. Коротков был хирургом, пошел добровольцем на фронт, лечил в основном больных с ранением сосудов. Он выслушивал, есть ли артерио-венозные фистулы, анастомозы, или их нет. А потом обратил внимание, что если пережимаешь артерию, то тоже появляется шум.

Удивительно, что это произошло так поздно исторически. Слушать вообще стали совсем недавно – аускультацию как диагностический метод впервые применил Рене Лаэннек. Он в 1819 г. издал труд под названием «О посредственной аускультации или распознавании болезней лёгких и сердца, основанном главным образом на этом новом способе исследования».

В этом труде настолько тщательно рассмотрена и разобрана техника аускультации, что основные принципы применяются и в современной медицине. Там же даны названия основных аускультативных феноменов – шумы, хрипы, крепитация и др. Также в этом труде Лаэннек осветил историю открытия стетоскопа. Ауэнбругер в 1761 г. впервые применил метод перкуссии. А почему он начал

Яновский сам представлял эту идею как идею Короткова.

Продолжение на стр. 2

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!
Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. В 2010 году мы будем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 200 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД
Просим вас при желании в 2010 г. получить газету оплатить ее доставку до 1 мая 2010 г.!

С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)
Кассир	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)
	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа)
	Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)
	Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2010г. (с НДС-18%)
	Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2100 года
КВИТАНЦИЯ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)
Кассир	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)
	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа)
	Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)
	Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2010г. (с НДС-18%)
	Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2100 года

ИнтерНьюс

Британский парламент против

Гомеопатические средства действуют не лучше плацебо, а потому Британская национальная служба здравоохранения не должна их оплачивать, заявили представители британского парламента. Комитет по науке и технике Палаты представителей парламента Великобритании в своем заявлении также призвал правительства тех стран, где этот метод лечения особенно популярен – в Германии, Франции и в Австрии – присоединиться к Великобритании с отказом от финансирования гомеопатии. В основу заявления парламентариев лег тщательный анализ многочисленных научных сообщений и исследований, проведенных как учеными, так и гомеопатами. Однако никаких данных о том, что эффективность гомеопатических препаратов значимо отличается от действия плацебо, обнаружено не было. Комитет так и не получил объяснения, как могут работать препараты, действующий компонент которых находится в растворе в концентрациях, стремящихся к нулю. Такие препараты, считают представители Комитета, должны так и называться – «сахарные пилюли, не содержащие активных компонентов». И уж совершенно непонятно, отмечается в заявлении, как можно применить собственный принцип гомеопатии «подобное лечится подобным» к препаратам, полученным из солнечного света, частей тела игуаны или стрекозы и даже из фрагментов Великой китайской стены или Стоунхенджа. «Мы считаем, что плацебо не должно называться национальной службой здравоохранения (NHS)», говорит в заявлении, «информированный выбор не совместим с обманом пациентов». А это значит, что гомеопатические клиники не должны финансироваться из средств NHS, а доктора не должны направлять пациентов к гомеопатам на прием. Надо отметить, что на сегодняшний день 4 гомеопатических клиники получают финансирование из NHS. Комитет также подверг критике действия Агентства по регулированию лекарственных средств и продуктов для здравоохранения Великобритании (MHRA), которое практикует лицензирование гомеопатических методов лечения. Как говорится в сообщении, это оставляет ложное ощущение, что гомеопатические средства столь же действенны, как и обычные лекарства. Объяснения представителей MHRA о том, что «гомеопатия – это традиция», были отвергнуты парламентом: «Колдовство тоже традиция, что же теперь – его тоже лицензировать?» – поинтересовался член Комитета Фил Уиллис.

Точных цифр ежегодных расходов на гомеопатию в Великобритании не существует, но, по оценкам NHS, затраты только на гомеопатические средства составляют порядка 230 тысяч долларов, а по мнению Гомеопатического общества, эта цифра достигает 6,16 миллионов долларов. И это без учета расходов на содержание гомеопатических клиник и 30,8 миллионов долларов, потраченных на восстановление и модернизацию Королевской Лондонской гомеопатической клиники в период с 2002 по 2005 год. Известно, что принц Уэльский является горячим поклонником гомеопатии, но, как заявил известный критик гомеопатических методов Эдзард Эрнст, «или мы подчиняемся науке и доказательствам, или принцу Чарльзу». Интересно, что даже Фонд интегрированного здравоохранения, основанный принцем Уэльским, признает, что «с научной точки зрения, гомеопатия неправдоподобна», но при этом поддерживает применение гомеопатических препаратов.

Источник: Parliament.uk

Хотите долго жить – не скучайте!

Скучная жизнь повышает риск преждевременной смерти почти в полтора раза – к такому выводу пришла группа британских исследователей под руководством Мартина Шипли из Университетского колледжа Лондона. Исследователи изучили данные 7524 трудоустроенных граждан в возрасте от 35 до 55 лет, которые в середине 1980-х годов оценили, насколько скучной являлась их жизнь. После этого ученые выяснили, сколько участников исследования осталось в живых к апрелю 2009 года. В ходе исследования было установлено, что риск преждевременной смерти среди тех, кто назвал свою жизнь скучной, на 40 процентов превышал аналогичный показатель в группе работников, охарактеризовавших свою жизнь иначе. Основной причиной преждевременной смерти ученые назвали заболевания сердечно-сосудистой системы. Кроме того, исследователи выяснили, что женщины вдвое чаще мужчин описывали свою жизнь как скучную. Работники молодого возраста и менее квалифицированные сотрудники также чаще других называли свою жизнь скучной. По словам Шипли, люди, испытывающие скуку, склонны к злоупотреблению алкоголем и курению, что сокращает среднюю продолжительность жизни и является причиной заболеваний сердца. В связи с этим ученый посоветовал представителям «скучных» профессий найти интересное занятие, не связанное с работой.

Источник: The Daily Telegraph

Начало на стр. 1 ↗

перкутировать сердце? Отец его был пивоваром и чтоб определить, на каком уровне осталось пиво, выстукивал бочки. 40 лет он молчал об этом медицинском открытии. В то время было принято таким образом болезнь считалось совершенно неприличным, это не врачебное было дело. И Лаэнек в конце жизни, несмотря на свое великое открытие, очень бедствовал. Одно время в конце XIX века французы даже не указывали его фамилию, а писали Великий врач (с большой буквы). Но это было потом, а при жизни он голодал.

Клиника встала на путь науки примерно в это время. Очень большой вклад в медицинскую науку сделала военная медицина, военная травма. Ведь древние греки проводили много вскрытий, видели застывшие артерии, это не мешало им проповедовать про черную и белую желчь и т.п. У них была совсем другая логика, нам сегодняшним ее не понять. Медицина вообще относительно других наук развивалась медленно. Сравните с той же математикой. Помните, как у Гумилева: «А для низшей жизни были числа, как домашний подъяремный скот. Потому что все оттенки смысла умное число передает».

Слово – это Бог, это было еще в Евангелие написано. Медицина – это не то чтобы закрытое сообщество, вообще искали не в этой материи. Считалось что болезни от Бога, и исцеление искали именно здесь. Какая могла быть доказательная медицина, если болезнью – это наказание за грехи. Это сегодня знания не имеют границ. Любые попытки скрывать знания – это регресс человечества. Кроме того, человечество должно помнить людей, которые что-то сделали – каждое открытие имеет отца, деда и прадеда. Мировая наука только тогда наука, когда она не делится на страны и прочие группировки. Наука требует обобщения, а воздвижение любых границ лишает возможности обобщения. Не так давно сотрудники Военно-медицинской академии не могли указывать в научных публикациях свое место работы. Во многом и сейчас наука засекречена.

Сегодняшний врач, который не широко эрудирован, это техник, это врач не в полном смысле слова. Ведь раньше вся хирургия относилась к цирюльникам, многие врачи и сегодня такими остались. Многие нынешние хирурги, даже если что-то и знают изначально, в процессе тяжелой работы превращаются в ремесленников. В Москве невозможно найти человека, который грамотно сделает перикардотомию. Это поразительно – все объяснено, все показано на эхокардиограмме, на компьютерной томографии все видно, а сделать некому.

Это только кажется, что в перикардотомиях нет нужды, а перикардиты забыты. Просто поскольку врачи перикардитов не знают, они их и не диагностируют. Вот только один случай: женщина, была здорова, четверых детей родила. И вдруг у нее начал расти живот, дело дошло до того, что она не смогла обслуживать свою семью, такой был асцит. Ей поставили диагноз цирроз печени. Ее перевели в Москву с Кавказа, чтоб наложить porto-ковальный анастомоз, перевели в клинику I меда, сделали пункцию печени и подтвердили цирроз. Перевели в хирургическую клинику, положили на стол, за дело принялись анестезиологи – ввели центральный катетер и пришли в ужас – почти 300 миллиметров водяного столба было давление в центральных венах. Ее к операции реаниматологи не допустили. После этого стали разбираться. И тут появилось подозрение на констриктивный перикардит, который у нее и подтвердился. Вот только тогда ее направили к нам в госпиталь. С большим трудом нашли хирурга, способного сделать эту операцию.

Перикардиты плохо знали врачи, до появления эхокардиографии пропускали почти все. Когда-то, когда Военно-морская академия была самостоятельной, а не факультетом

Слово – это Бог, это было еще в Евангелие написано.

Сегодняшний врач, который не широко эрудирован, это техник, это врач не в полном смысле слова.

военно-медицинской, она находилась на базе Обуховской больницы. Это прекрасная больница, о которой еще Пушкин писал в Пиковой даме – Германа там лечили в психиатрическом отделении. Еще эта больница прославилась тем, что она единственная, которая приняла, вопреки запрету полицейских, раненных с улиц в 1905 г., тогда прославился главный врач больницы Нечаев Александр Афанасьевич. Он после революции первый получил звание Народного врача республики. Мясников сделал своим заместителем, а потом оставил в качестве начальника кафедры Александра Александровича Нечаева – сына Александра Афанасьевича. Там был так называемый женский корпус, который возглавлял Владимир Михайлович Керниг, которого так хорошо знают неврологи.

Он впервые описал перикардит эпистенокардика. Тогда ведь диагноза инфаркт еще не было, говорили о грудной жабе, и приступы этой жабы иногда приводили к появлению шума трения перикарда, который и описал Владимир Михайлович. Этот шум прогностически очень плохой признак. По существу, первый дифференциально-диагностический признак трансмурального инфаркта миокарда – шум трения перикарда. Обычно этот шум выслушивается на небольшом участке, иногда только несколько часов. А при задних инфарктах, когда проходит по пищеводу кусочек пищи, боль появляется именно в этот момент, потому что поджимает сильней.

Перикардит – это не нозологический, а синдромный диагноз. Перикардиты разные, можно назвать не меньше 50 причин их возникновения. Но для этого его надо сперва услышать и заподозрить. У этой женщины образовалась сплошная капсула вокруг сердца, не дающая нормально производить дилатацию. Первые хирурги, которые начинали оперировать таких больных, начинали с освобождения вен, потому что были уверены, что речь идет о препятствиях к заполнению сердца. И каждый раз операция кончалась плохо, потому что отделить при констриктивном перикардите эти вены и тонкостенные предсердия от капсулы невозможно, а уж когда там еще обызвествление есть, это все прорастает насквозь и мерцательная аритмия от этого начинается. Они оперировали, и иногда хирург, прежде чем подойти к опасным местам, начинал с удаления капсулы с желудочков, а потом как-то зашивал эту перфорацию, как-то заканчивал операцию, в уверенности, что опять ничего не получилось, а больной потихоньку-потихоньку выздоравливал. И печень возвращалась к нормальным размерам. Это был псевдоцирроз: как только налаживается нормальное кровообращение, печень уменьшается и асцит уходит. После того

как это поняли, технология операций изменилась – стали просто лампасные ремешки в перикарде вырезать. Больные-то погибали из-за того, что сперва освобождали правый желудочек, а

потом левый и начинался интероперационный отек. Чаще всего констриктивный перикардит вызывается туберкулезом – это самый стягивающий перикардит, и вторая причина – если в полость перикарда попала кровь и ее не удалили – это посттравматический. Сегодня, повторюсь, нет хирургов, которые бы просто поняли, о чем речь, чего мы от них хотим. Это стоит очень многим больным жизни. И даже если удастся найти способного хирурга, он все хорошо сделал – возникает еще одна проблема – хирурги привыкли – главное в послеоперационном периоде «только не недолить». И они начинают активные инфузии, а тут нужно наоборот «не доливать», потому что миокард уже потерял за месяцы и годы свой тонус, пока формировался перикардит, а тут основная функция перикарда устраняется сразу за один момент. После этого нужно очень ограничивать жидкость. Женщина выздоровела.

У нас необычайно интересная и очень трудная специальность. К сожалению, теперь публикации и конгрессы обсуждают очень ограниченные вопросы – какое лекарство лучше, какое похуже...

ПИСЬМА

Глубокоуважаемый Павел Андреевич!

С большим удовольствием я получил свою монографию «Туннельные синдромы». Книга прекрасно издана под руководством Валентины Александровны Булановой. Хотелось бы от души поблагодарить Вас и Ваших сотрудников за отличную работу. Все меня радует: книга издана без купюр, адекватно подобран шрифт, рисунки контрастны, со вкусом сделана обложка. Мне посчастливилось слушать выступления Вашего отца академика Андрея Ивановича Воробьева, в том числе на сессии Верховного Совета СССР. Замечательно, что Вы продолжаете его гуманную миссию. Желаем Вам здоровья и творческих успехов!

Кипервас Изя Петрович, доктор медицинских наук

Внимание!

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга:
И.П. Кипервас «ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ»

Книга выходит в 3-й раз, предыдущее издание осуществлено в 1993 году. Автор – ведущий специалист в мире, собравший и осмысливший богатейший материал по данной проблеме. В монографии обобщены сведения о патогенезе, клинике и семиотике основных туннельных синдромов – наиболее частой форме нетравматического поражения нервных стволов. Главное внимание уделено их диагностике и консервативному лечению в амбулаторной и стационарной практике врачами общей медицинской сети: неврологами, травматологами, ортопедами, физиотерапевтами, терапевтами, семейными врачами, а также мануальными и иглорефлексотерапевтами. В связи с всеобщей компьютеризацией последних лет возросло количество болезней рук и прежде всего туннельных синдромов (невропатий). Эти специфические болезни поражают людей разного возраста и различных профессий, работа которых связана с нагрузкой на руки, и требуют немедленного лечения. Автором разработаны рациональные методы диагностики и оптимальные методы консервативного лечения, о чем и написана эта книга. Она может служить практическим руководством для врачей различных специальностей.



Михаил Владимирович Яновский родился 29 октября 1854 г. в Миргородском уезде Полтавской губернии в семье священника. Окончив Полтавскую духовную семинарию, в 1873 г. поступил на Естественный факультет Петербургского университета. От духовных семинарий поворачивали на дорогу медицины М.Я. Мудров, И.П. Павлов, А.А. Остроумов и В.П. Образцов, Н.Н. Бурденко, А.А. Ухтомский и многие другие известные ученые.

Всю жизнь у постели больного, среди книг и журналов

Студенческие годы Яновского совпадают с расцветом естественных наук. Кафедру физиологии университета в то время возглавлял И.М. Сеченов, а химию преподавал Д.И. Менделеев. Эти и другие выдающиеся ученые сыграли огромную роль в формировании мировоззрения будущего ученого, вызвали в нем страстный интерес к естественным наукам.

Окончив 28 ноября 1877 г. Петербургский университет со степенью кандидата естественных наук, Михаил Владимирович Яновский сдал экзамены по анатомии, физиологии и гистологии и поступил в Императорскую медико-хирургическую академию. Как кандидат естественных наук, он был зачислен сразу на III курс. Здесь нет ничего парадоксального: так, И.М. Сеченов поступил на медицинский факультет Московского университета, будучи инженером-сапером, а С.П. Боткин подал заявление на тот же факультет потому, что был прекращен прием на математический.

Во главе кафедр академии в те годы стояли выдающиеся ученые: кафедру гигиены возглавлял А.П. Доброславин, кафедру органической химии – ученый и композитор А.П. Бородин, академическую хирургическую клинику – Н.В. Склифосовский, академическую терапевтическую клинику – С.П. Боткин.

В 1880 г. М.В. Яновский окончил академию, получив диплом лекаря с отличием. После выпуска его зачислили на службу в качестве младшего врача кадрового пехотного полка. Вскоре Михаил Владимирович был отозван в связи с прикомандированием в декабре 1881 г. к клинике Боткина для усовершенствования в должности институтского врача. В Академической терапевтической клинике Яновский продолжил обучение и научную работу под непосредственным руководством С.П. Боткина. Итогом стала диссертационная работа на степень доктора медицины: «О влиянии масляной кислоты на почки и об угнетающем действии ее на нервную систему».

23 января 1885 г. по ходатайству Боткина перед Конференцией академии Яновский был утвержден в звании ассистента Академической терапевтической клиники (Михайловская клиническая больница баронета Вилле). Михаил Владимирович был последним ассистентом С.П. Боткина и одним из составителей курса его клинических лекций в 1883–1888 гг. Он «настолько проникся образом мышления своего руководителя, что записанные им клинические лекции С.П. Боткина представляют собой не сухую стенографическую запись и не вольную передачу сказанного, а живое и проникновенное изложение речи и творческой мысли замечательного учителя». В клинике он выполнял, по воспоминаниям Н.Я. Чистовича, функции «посредника» между профессором, перегруженным разнообразными обязанностями, и молодыми. 10 мая 1886 г. Яновский после прочтения двух пробных лекций был удостоен Конференцией академии звания приват-доцента и допущен к чтению лекций по внутренним болезням.

Во время болезни Боткина Яновский замещал его в должности профессора кафедры. 12 декабря 1889 г. С.П. Боткин скоропостижно скончался, и в течение академического года Яновский совместно с двумя другими известными учениками Боткина, Н.И. Соколовым и В.Н. Сиротининым, возглавлял клинику. В течение ряда последующих лет Михаил Владимирович занимал должность помощника главного врача Клинического госпиталя и одновременно состоял доцентом Академической терапевтической клиники. В 1896 г. умер Ю.Т. Чудновский, ученик С.П. Боткина, профессор кафедры диагностики и общей терапии.

Конкурсная комиссия академии при выборе нового профессора отдала предпочтение М.В. Яновскому, отметив «основательное знакомство его с методами научного исследования и способность к самостоятельному научному развитию и мышлению».

В связи с выборами И.П. Павлов сказал: «В этом отношении положение М.В. Яновского среди его сокурсников является выдающимся; почти все научные работы Яновского вышли из его собственной головы и проведены вполне самостоятельно. Это не исследования, сделанные по разным лабораториям на чужие темы и под руководством хозяев лабораторий». Яновский возглавлял кафедру диагностики и общей терапии в течение

почти 30 лет (ныне кафедра и клиника пропедевтики внутренних болезней Военно-медицинской академии).

Михаил Владимирович Яновский очень серьезно относился к педагогическому процессу. На всей его педагогической практике лежала печать той необычной методичности, которая отличала Михаила Владимировича как человека, клинициста и ученого. Благодаря его таланту преподавание диагностики было

поставлено на его кафедре, по всеобщему признанию, на недосягаемую для того времени высоту. Систематичность при ведении курса лекций и практических занятий по диагностике и лекций по общей терапии, образцовое умение выделять в преподавании главное делали изложение предмета Яновским поистине классическим.

Кафедра диагностики и общей терапии внутренних болезней, по мнению Яновского, должна была дать студентам III курса основы клиники внутренних болезней, ознакомить их с симптоматикой, методами исследования, а также принципами лечения. На кафедре врачебной диагностики студент получает основные сведения из области медицины, на основе которых составляется прочный фундамент всей его будущей врачебной деятельности. В то же самое время изучение диагностики и общей терапии постоянно выдвигает перед студентом сложные проблемы, требующие дополнительных разъяснений. Необходимость для кафедры частной патологии и терапии опираться на кафедру диагностики и общей терапии, а последней по ходу преподавания черпать разъяснения из систематического курса внутренних болезней создала в будущем условия для организации в 1913 г. первой в России пропедевтической клиники и объединения в дальнейшем указанных кафедр в одну: кафедру пропедевтики внутренних болезней. По обоим предметам Михаил Владимирович Яновский написал учебники: «Курс диагностики внутренних болезней» и «Курс общей терапии внутренних болезней».

Лекции Яновского сопровождались большим количеством демонстраций. «Подбор соответствующих больных, – вспоминает один из ближайших учеников Яновского А.С.Лебедев, – был настолько удачен, что некоторые его демонстрации сохранились в памяти слушателей на всю жизнь». Считая, что диагностику внутренних болезней следует по преимуществу изучать на конкретном материале, Михаил Владимирович особое внимание уделял практическим занятиям. Он старался принимать участие в них и с каждой студенческой группой лично проводил по одному занятию по заболеваниям сердца и дыхательных органов, останавливаясь на основных вопросах в этих наиболее трудных разделах диагностики.

М.В. Яновский поражал всех своей методичностью и превосходным руководством лечебным делом. Он посещал клинику ежедневно, не исключая выходные и праздничные дни. Сотрудники следовали его примеру, и это им не было в тягость, так как работа в клинике давала им полное удовлетворение. Обладая огромным опытом, Яновский проводил обследование больных очень сосредоточенно. Его клинический разбор отличался объективностью и исключительной методичностью и был крайне ценным в педагогическом отношении. Обходы в клинике, во время которых заслушивались подробные отчеты ординаторов, происходили 2 раза в неделю. В другие дни Михаил Владимирович консультировал всех больных, нуждавшихся в его осмотре. Во время обходов Яновский заходил во все подсобные помещения, пробовал пищу больных. Раз в неделю он просматривал все истории болезни, делая в них свои замечания, 2 раза в неделю вел амбулаторный прием в присутствии курсантов III курса, а по вторникам устраивались клинические консультации с реферативными сообщениями сотрудников по текущей литературе, на которых Михаил Владимирович всегда присутствовал и делал ценные резюме.

Научную деятельность Михаил Владимирович начал в клинике Боткина, но наибольшую известность ему принесли уже собственные труды, выполненные в годы заведования кафедрой диагностики и общей терапии. Научные труды Михаила Владимировича отличались широтой интересов и глубиной экспериментальной проработки изучаемых вопросов. Так, в 1883 г. он напечатал ряд научно-практических статей: «Случай простой язвы желудка»; «К учению о влиянии на животный организм больших количеств воды при введении ее в желудок»; в 1884 г. – «Об угнетающем действии на нервную систему нитриной соли нескольких летучих жирных кислот»; «О различном отношении к воде красных кровяных телец внутри сосу-

дистой системы животного»; в 1885 г. – «Об азотистом обмене при раковых заболеваниях»; в 1886 г. – «Множественные бронхоэктатические каверны, дававшие клинические явления большой плевральной полости, вскрывшейся в бронх»; «Об аналогии между некоторыми формами уремии и хроническими отравлениями вообще»; «Об отношении крови к 0,4% раствору поваренной соли в течение брюшного тифа»; «Об отношении крови к слабым растворам поваренной соли в течение возвратного тифа»; в 1888 г. – «Об отношении крови к слабым растворам поваренной соли в течение брюшного тифа»; в 1893 г. – «Насколько основательны доводы в пользу измерения окружности груди как метода для определения возмужалости и силы организма»; в 1896 г. – «Орех кола как средство, уменьшающее траты организма» и др.

В научных исследованиях М.В. Яновского и его школы особое место занимали вопросы кровообращения. С его именем связано введение в России в обиход клинического исследования методики бескровного измерения артериального давления. Именно в клинике Яновского впервые были детально изучены методы определения кровяного давления в плечевой, пальцевых артериях и капиллярах. С именем Яновского связаны клиническое осмысление и внедрение в практику «коротковоского» звукового метода определения артериального давления. Вначале Коротков не придал своему открытию особого значения, однако решил поделиться своими наблюдениями с Михаилом Владимировичем Яновским. Последний оценил значение полученных Коротковым данных, считая, что они могут быть положены в основу нового способа определения артериального давления – звукового. Именно по совету Яновского Н.С. Коротков в 1905 г. опубликовал результаты своих исследований в «Известиях императорской Военно-медицинской академии». В дальнейшем вопрос этот был детально разработан самим М.В. Яновским и его учениками, прежде всего Д.О. Крыловым. Вскоре звуковой метод определения артериального давления приобрел мировую известность и получил признание. Учитывая огромные преимущества для клиники звукового метода, Яновский отнюдь не отказался от применения

предложенных ранее методов измерения артериального давления. Наоборот, для более полного представления о гемодинамике он настаивал на комплексном исследовании кровяного давления одновременно несколькими методами. Для этого в его клинике было принято пользоваться сочетанной методикой сфигмографического исследования в виде параллельного определения артериального давления в плечевой артерии звуковым, осцилляторным и пальпаторным методами. Наряду с этим обычно также проводилось измерение кровяного давления в лучевой артерии аппаратом Потена и в пальцевых артериях по методу Гертнера; исследовалось также и капиллярное давление.

С именем Яновского связано открытие звукового феномена «бесконечного тона», который заключается в самопроизвольном звучании плечевой артерии без всякого ее пережатия манжетой сфигмоманометра. Яновскому принадлежит, в частности, и объяснение феномена «бесконечного тона» как проявления сниженного тонуса артериальной стенки при патологических состояниях.

М.В. Яновский является не только основоположником русского учения о кровяном давлении и артериальном тоне, круг его научных интересов был значительно шире. Михаил Владимирович являлся пионером в области изучения венозного давления в клинике. С его именем связано открытие бескровного метода измерения венозного давления. По его указаниям одним из учеников, П.И. Цыпляевым, в 1903 г. был сконструирован первый прибор для определения венозного давления.

Функциональное направление сказывалось и в постановке задач, и в клинико-экспериментальном подходе к их решению, и в трактовке полученных данных. Так, именно М.В. Яновскому удалось объяснить феномен повышения артериального давления при недостаточности кровообращения (так называемая застойная гипертония) не на основе представлений о ретроградном застое, по Г. Сали, и не как следствие накопления в крови углекислоты, а рефлекторными реакциями сосудов, обусловленными повышенной сосудистой возбудимостью (тот же подход, но уже применительно к проблеме артериальной гипертонии в целом, привел его ученика Г.Ф. Ланга к неврогенной концепции гипертонической болезни).

Накопленный клиникой материал, характеризующий динамику кровяного давления и сосудистого тонуса в различных участках сосудистой системы, получил теоретическое обобщение в концепции «периферического сердца», выдвинутой М.В. Яновским. Отправным пунктом для этой теории послужили высказывания С.П. Боткина о большой аналогии между иннервацией сосудов и иннервацией сердца и о том, что дисгармония в деятельности различных отделов, обеспечивающих кровообращение, может быть причиной расстройства компенсации при заболеваниях сердца. С.П. Боткин считал вероятными ритмические изменения сосудистого тонуса, обусловленные «именно попеременной ритмической деятельностью сосудодвигательных и сосудодугнетающих нервных аппаратов».

Клинической платформой для разработки М.В. Яновским учения о периферическом сердце стали многочис-



Михаил Владимирович был последним ассистентом С.П. Боткина и одним из составителей курса его клинических лекций в 1883–1888 гг.

С именем Яновского связано открытие звукового феномена «бесконечного тона», который заключается в самопроизвольном звучании плечевой артерии без всякого ее пережатия манжетой сфигмоманометра.

...почти все научные работы Яновского вышли из его собственной головы и проведены вполне самостоятельно.

Начало на стр. 3 ↗

ленные наблюдения, которые не укладывались в рамки традиционных представлений о механизмах кровообращения. Согласно этим представлениям, «единственным двигателем крови является сердце, сосуды же, главным образом артерии, изменяя свой просвет, то увеличивают, то уменьшают кровоснабжение, смотря по потребностям той или другой области. Проще всего эта теория сформулирована Непле; кровь двигается сердцем, сосуды ее только распределяют». Столь же классическая формулировка Ю. Конгейма гласит:

...Яновский и его школа наиболее последовательно и детально разработали идею, доведя ее до стройного учения о периферическом сердце.

при недостаточности кровообращения артериальное давление понижается, венозное — повышается. Но клиническая практика зачастую входила в противоречие с этими догмами. Упомянутую выше «застойную гипертонию», как и тяжелые расстройства кровообращения без каких-либо изменений в сердце при тщательной аутопсии, трудно было объяснить, исходя из общепринятой теории кровообращения. Сознывая это, многие клиницисты и обращали пристальный взгляд на сосудистое звено аппарата кровообращения.

В числе первых клиницистов, подчеркивавших значение сосудистой периферии, был А. Юшар. В классическом труде «Болезни сердца...» он писал, что характерной ошибкой является «исключительное изучение центрального сердца и почти полное игнорирование периферического сердца, состоящего из сосудистой системы, функциональные расстройства и повреждения которого имеют такое огромное влияние на аппарат кровообращения». Rosenbach (1903), С. Hasebroek (1914) и другие исследователи выдвинули гипотезу о периодических активных сокращениях артериальной стенки (систола артерий), координированных с деятельностью сердца и помогающих ему продвигать кровь по сосудам. Среди естествоиспытателей, способствовавших формированию такого представления, должны быть названы И. Вейтбрехт, преемник Д. Бернулли, показавший еще в 1731 г., что сосуды не являются просто неподвижными трубками, а своими сокращениями участвуют в кровообращении; Jones, а затем Schiff, наблюдавшие периодические самостоятельные сокращения артерий у экспериментальных животных. На сосудах изолированных органов Н.П. Кравков с сотрудниками обнаружил, что «в артериальной и венозной системе всё-таки существуют активные периодические и перистальтические сокращения, от 2 до 8 в 1 минуту... которые, имея направление в сторону тока крови, могут и, вероятно, способствуют сердцу продвигать всю массу крови по сосудистой системе».

Юшар, Хазебрек и Яновский выступили единомышленниками; но именно Яновский и его школа наиболее последовательно и детально разработали идею, доведя ее до стройного учения о периферическом сердце. Понимание того, что путь решения проблемы должен быть клинико-экспериментальным, отражено в следующих словах М.В. Яновского: «Высказанные соображения основываются на данных, полученных с помощью клинических и потому далеко не точных способов исследования. Они скорее являются клиническим постулатом для дальнейшей экспериментальной разработки, нежели строго доказанными выводами».

Теория периферического сердца получила окончательное выражение в итоговой статье М.В. Яновского «Клинические данные по вопросу о периферическом артериальном сердце» (1922), где он указывает: «Наши собственные исследования над периферическим сердцем начаты были около 30 лет тому назад». Постулаты теории были сформулированы М.В. Яновским на основе детального анализа данных литературы и клинико-экспериментальных исследований сотрудников клиники, изучавших компрессионные звуки при выслушивании артерий, гребни перистальтической волны на сфигмограмме, результаты сфигмоманометрии, кровообращение в пережатом участке верхней конечности (центрального сердца «заменилось» периферическим) и т. д. В сокращенном виде их можно представить следующим образом: сосудистый тонус — это сила, не столько передвигающая, сколько распределяющая кровь; кровообращение обусловлено ритмическим усилением тонуса гладкой мускулатуры артерий во время диастолы («сосудистая мускулатура особенно сильна в мелких артериях»); импульсом для такого усиления тонуса является пульсовое растяжение сосуда («как растяжение мочой вызывает сокращение мочевого пузыря»); эти ритмические сокращения имеют перистальтический характер и представляют собой основную функцию периферического артериального сердца.

М.В. Яновский все же не подкрепил гипотезу периферического сердца убедительными экспериментальными доказательствами его существования. Это отметили оппоненты, в том числе Н.Д. Стражеско. В работе «О патогенезе хронической недостаточности кровообращения и новых путей в ее терапии» (1940) он писал по поводу теорий Яновского и Хазебрека: «Однако, начав проверять все сообщенные этими учеными данные в эксперименте и в клинике, я ... скоро убедился в непригодности упомянутых теорий в таком виде, в каком они излагались их творцами».

Основным оппонентом выступил Г.Ф. Ланг. Его сотрудники в серии проверочных исследований смогли дать иное объяснение клинико-экспериментальным фактам, послужившим фундаментом теории периферического сердца. Решительное сражение между защитниками и

противниками этой теории развернулось на VIII–X съездах терапевтов (1925–1928). В дискуссии участвовали П.И. Егоров, Д.О. Крылов, Н.А. Куршаков, Л.П. Прессман и другие ученики М.В. Яновского, Г.Ф. Ланг и его сотрудники, а также видные клиницисты, не принадлежавшие ни к тому, ни к другому лагерю. Боевые действия были открыты докладом А.Л. Мясникова на VIII съезде; доклад имел полемически заостренное название «Материал к вопросу о так называемом периферическом сердце». П.И. Егоров едко перефразировал: «Так называемый клинический материал о периферическом сердце...». На IX съезде снова выступал А.Л. Мясников с сообщением о дальнейших наблюдениях по вопросу о «периферическом сердце». Во время съезда Л.П. Прессман и другие ученики М.В. Яновского обратились к В.Д. Шервинскому, председателю съезда, председателю на распорядительном заседании, с протестом по поводу того, что тему «Периферическое сердце» включили в программу следующего съезда с основным докладом Г.Ф. Ланга. Протест был принят, каждой стороне предоставили слово. Было решено: если М.В. Яновский по состоянию здоровья не сможет выступить на X съезде, программный доклад будет делать Н.А. Куршаков, содоклад — Г.Ф. Ланг. «Так и надо защищать учителей!» — сказал после заседания председатель съезда С.С. Зимницкий. Г.Ф. Ланг не возражал против такого поворота событий: решил, очевидно, что для предстоящей схватки позиция содокладчика не хуже, чем докладчика.

Научная аргументация содоклада Г.Ф. Ланга оказалась более убедительной, чем основного доклада. Не помогло и яркое выступление известного хирурга В.А. Оппеля, который, защищая гипотезу М.В. Яновского, заметил, что критика, когда за нее берется Ланг, это уже не критика, а «похороны» («И я спрашиваю, по какому разряду? Если хоронит Г.Ф. Ланг, — значит, по первому...»), чего допустить нельзя. И хотя Д.Д. Плетнев и другие властители общественной терапевтической мысли воздержались от прямых высказываний, мнение съезда разошлось с точкой зрения М.В. Яновского и его учеников: теория Яновского и сам термин «периферическое сердце» были преданы забвению.

Уточним справедливости ради: ни защитники теории, ни её критики не располагали методиками исследования, позволяющими доказать или опровергнуть существование периферического сердца. Сторонники теории не сдали позицию; свое выступление на съезде В.А. Оппель закончил оптимистическим аккордом: «Периферическое сердце... ..будет жить. Виват, периферическое сердце!». Г.Ф. Ланг, утверждая, что данный термин применять не следует, поскольку он «может у тех, кто с этими вопросами мало знаком, вызвать только ложные представления», признавал вместе с тем, что сама постановка вопроса о существовании периферического сердца имеет исключительное значение (один из «капитальнейших вопросов кровообращения, которые когда-либо выдвигались»). Высокую оценку исторического значения этих работ школы Яновского находим у Д.Д. Плетнева: «М.В. Яновский и Хазебрек развили и акцентировали идею значения артериального русла как динамического фактора кровообращения... В современной кардиологии очевиден вновь обострившийся интерес и физиологов, и клиницистов к поставленному М.В. Яновским кардинальному вопросу кровообращения».

Вспоминает А.И. Воробьев: «Михаил Владимирович Яновский является основателем функционального направления в гематологии.»

Экспериментальное подтверждение концепции Яновского дано в опытах И.А. Ветохина (1947), показавшего, что отрезок кровеносного сосуда, включенный в систему искусственного круга кровообращения с помощью каюль, продолжает активно сокращаться. Почти одновременно (1949) на основании опытов с введением микрокаюль в артериолы, капилляры и венулы и непосредственным измерением давления в них G. Landes пришел к заключению, что мелкие сосуды, ритмически сокращаясь, активно участвуют в кровообращении. Вновь получает права гражданства «осужденный» термин «периферическое сердце» («внутримышечное периферическое сердце», по Н.И. Аринчину). Современная клиника все шире использует сосудорасширяющие средства периферического действия, не влияющие непосредственно на сократительную функцию сердца, в качестве эффективных корректоров застойной сердечной недостаточности. В частности, нитроглицерин с успехом применяют при острой недостаточности кровообращения, осложнившейся инфаркт миокарда, при сердечной недостаточности, сопряженной брадикардией, и др. Основная цель лечебных мероприятий в подобных случаях — уменьшить венозный приток к сердцу; следовательно, объектом воздействия становится здесь венозный, а не артериальный отдел сосудистой системы.

В связи с этим уместно еще раз отметить: для М.В. Яновского и его школы проблема периферического кровообращения отнюдь не сводилась только к периферическому артериальному сердцу. В 1906 г. из клиники М.В. Яновского вышла работа Д.О. Крылова «О терапевтическом значении нитроглицерина у сердечных больных с расстройством компенсации». Автор отметил блестящий результат применения нитроглицерина (по 2 капли 1% спиртового раствора 3–6 раз в сутки в течение 7 дней) в сочетании с теми же сердечными и мочегонными средствами, которые до назначения нитроглицерина использовали безуспешно в течение месяца у больного декомпенсированным пороком сердца (недостаточность клапанов аорты).

Другой важной отраслью научного поиска М.В. Яновского являлась гематология. Если до сих пор гематологические исследования сводились в основном к морфологическому изучению форменных элементов крови, то в работах Яновского была поставлена задача подойти к исследованию красной крови с целью изучения биохимических и биофизических свойств эритроцитов. Другая научная идея М.В. Яновского — исследовательская программа в области гематологии. Исходя из клинических идей С.П. Боткина и физиологических исследований И.Р. Тарханова — ученика И.М. Сеченова, он первым среди отечественных врачей приступил к систематической разработке биохимических и биофизических методов изучения эритроцитов. Этому посвящены 9 собственных работ ученого, начиная со статьи «Об отношениях красных кровяных телец к воде внутри сосудов живого организма» (1883), и многочисленных трудов его учеников. Эти исследования заложили первые основы того направления, которое в дальнейшем оформилось в работах школ Г.Ф. Ланга и М.П. Кончаловского, а позже — А.И. Воробьева и И.И. Гительсона и получило название «функциональной гематологии». Изучая осмотический, химический и микроструктурный аспекты гемолиза, М.В. Яновский сумел «угадать» многое в теоретической и методической стороне исследований медицины будущего наших дней. Любопытно, что даже в частном методическом вопросе об оптимальной концентрации раствора хлорида натрия, ведущей к гемолизу, утвердился методика, принятая М.В. Яновским сто лет назад. Сегодня в центре внимания исследователей — взаимосвязанные проблемы микроциркуляции и роли форменных элементов крови в структуре и функции сосудистой стенки, в частности проблема «молодых» эритроцитов, способных менять форму и проникать в тканевые щели, отдавать липиды при деплазмировании (например, в почках, селезенке) и снова накапливать их при помещении в плазму. Надо ли считать случайным, не оставляющим места для параллелей то обстоятельство, что и у М.В. Яновского отмечается совмещение интересов — к сосудистой стенке и форменным элементам крови («подъездные пути» и «транспорт», по А.И. Воробьеву), что и его интересовали липиды в оболочке эритроцита? Вспоминает А.И. Воробьев: «Михаил Владимирович Яновский является основателем функционального направления в гематологии. Некоторые эту заслугу приписывают Лангу, но у него нет крупных работ по гематологии, он этим не занимался. Что сделал Яновский? Он лизировал эритроциты гипотоническими растворами. Он первым предложил разрушать эритроциты соляной кислотой. Самое удивительное, что раствор, выбранный Яновским для лизиса, 0,02% HCl, — это моя кандидатская диссертация. Я сделал работу, не зная, что я в определенной степени даже методически повторю Михаила Владимировича Яновского. Что он обнаружил? Он обнаружил, что эритроциты младенца и маленького ребенка принципиально другой стойкости, чем эритроциты взрослого, они другие. Отличить клетки, имеющие идентичную внешность, невозможно. Их можно отличить по стойкости. Это была и работа Александра Леонидовича Мясникова. Вот если человек поднимается в гору, на 3000 метрах ему нужно, чтобы кислород активнее захватывался. Организм в ответ на подъем в гору не наращивает количество эритроцитов, а разрушает эритроциты, и делает новые. То, что они новые, можно определить по их химической стойкости. Это феномен, который по

Внимание! В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга!

Ливен Аннеманс

**ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДЛЯ НЕЭКОНОМИСТОВ**
Введение в концепции,
методы и трудности
экономической оценки
в здравоохранении

НЬЮДИАМЕД
Москва, 2010

Продолжение на стр. 5 ↘

Начало на стр. 3, 4

казывает, что организм имеет резервные клеточные пласты, запускаемые в дело, когда есть потребность в повышенной функции какого-то органа. Основы этих работ заложил Михаил Владимирович Яновский.»

М.В. Яновский был одним из первых отечественных клиницистов, оценивших важное значение воздействия на организм человека физических методов лечения. В клинике Яновского с 1899 г. велась интенсивная научно-исследовательская работа по изучению влияния различного рода физических агентов на теплообмен.

Детально разработанная в клинике М.В. Яновского методика определения кровяного давления и состояния сосудистой стенки позволила ему предпринять систематические наблюдения в целях выяснения воздействия на сердечно-сосудистую систему различных фармакологических веществ. В этих исследованиях получило развитие основанное еще С.П. Боткинским направление, названное в дальнейшем клинической фармакологией.

Исследования ряда учеников Михаила Владимировича (В.А. Кнох, А.И. Булавинцев, Г.Я. Гуревич и др.) были посвящены вопросам физиологии и патологии пищеварительной системы. Таким образом, круг научных интересов Михаила Владимировича Яновского был необычайно широк и затрагивал практически все разделы внутренних болезней. В руководимой им клинике защищены 74 докторские диссертации, многие его ученики впоследствии стали профессорами и сами возглавили кафедры медицинских вузов нашей страны, сохраняя и развивая идеи своего учителя. Среди воспитанников М.В. Яновского можно упомянуть академиков Г.Ф. Ланга, Н.А. Куршакова, профессоров А.С. Лебедева, Д.О. Крылова, Э.А. Гранстрема и многих других.

Помимо своих непосредственных обязанностей М.В. Яновский принимал активное участие в общественной жизни. Он был членом Общества русских врачей в Петербурге. Важнейшим общественным делом Михаила Владимировича Яновского была его работа в журнале «Труды Общества русских врачей в Петербурге», редактором которого он состоял в течение 10 лет. Этот журнал наряду с основанным В.А. Манассеиным журналом «Врач» относился к числу наиболее популярных медицинских журналов того времени. В 1900 г. М.В. Яновский основал журнал «Известия императорской Военно-медицинской академии», который он редактировал в течение 18 лет. С 1912 г. в состав редакторов вошли также акад. И.П. Павлов и проф. В.А. Оппель. Яновский был деятельным участником Пироговских съездов, на некоторых из них он возглавлял соответствующие разделы.

Михаил Владимирович занимался благотворительной деятельностью, был участником Вспомогательной медицинской кассы им. Я.А. Чистовича и Общества вспомоществования ну-

ждающимся студентам Военно-медицинской академии. Много внимания и времени он уделял фундаментальной библиотеке Военно-медицинской академии в качестве члена библиотечной комиссии.

Революция 1917 г. была воспринята профессорами академии неоднозначно. Многие выдающиеся ученые не приняли ее и были вынуждены эмигрировать из страны. М.В. Яновский, будучи настоящим патриотом страны и своего дела, продолжил деятельность и при советской власти, в течение нескольких лет возглавляя кафедру. Рассказывает Е.Е. Гогин: «Г.Ф. Ланг был из клиники Яновского, он там защищал докторскую диссертацию. Я не знаю, описано ли это где-то: Ланг очень хорошо владел языками, немецким языком в частности, и поэтому он в своих работах ссылался и даже заимствовал из немецких публикаций. И это раз ему в упрек поставил Яновский, потом второй раз, а потом как-то, хотя и был очень сдержанный, сказал: «Слушайте, ведь Вы же немецкая обезьяна», имея в виду, что он обезьянничает. Смысл-то был не оскорбительный. Что сейчас делают сплошь и рядом – повторяют какую-нибудь английскую работу и это считается как бы достижением. Эта причина, по которой Ланг стал очень отрицательно относиться к своему учителю, и когда произошла революция, Ланг пошел вверх. А Яновский был генерал и поэтому все было сделано, чтобы выставили Яновского из академии. И он работал и заканчивал жизнь на северном Кавказе». С августа 1924 г. общая терапия была исключена из числа предметов, преподававшихся в Военно-медицинской академии. Яновский подал в отставку и, оставаясь в Ленинграде до весны 1925 г., продолжал вести лишь поликлинические приемы для студентов. В мае 1925 г. Михаил Владимирович Яновский вышел в отставку и навсегда покинул Ленинград, поселившись в Кисловодске. Но и на заслуженном отдыхе Михаил Владимирович не смог полностью отойти от дел. Он работал консультантом в ряде санаториев, а также в курортной поликлинике, был председателем Единого научного медицинского общества.

4 октября 1927 г. М.В. Яновский умер от инфаркта миокарда. Незадолго до смерти он сказал одному из учеников: «Всю жизнь я провел у постели больного, среди книг и журналов, и если бы мне пришлось начинать жизнь снова, я бы прожил её так же, как и эту». В день смерти Яновского, по мнению историков, «в могилу сошел один из последних представителей боткинской школы терапевтов, продолжатель и носитель ее идей». Михаил Владимирович не имел семьи и всю свою жизнь безраздельно посвятил врачебной деятельности – клинике и науке.

25 декабря 2003 г. в помещении клиники Военно-медицинской академии был торжественно открыт мемориальный бюст М.В. Яновского, увековечивший память о нем. А в Кисловодске, где провел свои последние годы жизни Яновский, один из переулков носит его имя.

А. Власова
по работам С.Н. Шулепина, А.Г. Обрезан

Михаил Владимирович не имел семьи и всю свою жизнь безраздельно посвятил врачебной деятельности – клинике и науке.

Мимикрия отечественного жулья вызывает уважение. И по тому, с какой легкостью они это делают. И по тому, какими фигурами прикрываются. Да и фигуры эти сами не брезгают поддержать крышуемых. Вот недавно, по сообщению РИА Новости, обвинения в мракобесии прозвучали в выступлении спикера Госдумы Бориса Грызлова в адрес... Российской академии наук. Точнее – комиссии РАН по борьбе с лженаукой. Нападки вызваны критикой ученых

показатели далеки от заявленных, о чем, в частности, говорилось в бюллетене комиссии.

В апреле 2009 года Петрик выступил с лекцией на заседании попечительского совета форума «Инновации и технологии», и по итогам заседания было заявлено, что «открытые Петриком эффекты представляют существенный научный интерес». Было решено «организовать рабочие группы при соответствующих институтах для научного сопровождения» изобретений и технологий Петрика, а решение подписал Грызлов. Это решение принимали люди, мало понимающие в науке. Совершенно непонятно, как без научной экспертизы можно было принять заключение о том, что технологии Петрика представляют научный интерес?», – сказал Кругляков. Он отметил, что в некоторых случаях экспертиза действительно не нужна, и привел в пример одну из разработок Петрика – вечный источник электричества. «Батарейку он собрал, питается эта штука от излучения окружающих тел, которые находятся в тепловом равновесии с батареей. Это нарушение второго закона термодинамики, какая тут еще нужна экспертиза?», – сказал глава комиссии.

Обычно «изобретатели» от физики и химии быстро переходят к медицине. Да и тема очистки воды нам уже близка: не приведи господь, водой этой начнут пить люди. Это вам не Чернобыль будет. Надо останавливать разбушевавшихся псевдоученых на ранних этапах развития. Сейчас, на развалинах науки, с появлением общественного движения в сторону нанизма наблюдается явное обострение проблем псевдоучености в нашей стране.

«Что касается «мракобесия», то могу заметить, что комиссия была создана по инициативе нобелевского лауреата Виталия Лазаревича Гинзбурга, который был ее активнейшим членом до самого последнего времени. Так что, если мы попадаем вместе с Виталием Лазаревичем в категорию мракобесов, то... приятное сообщество», – заявил Кругляков. Он заявил, что право определять, что является наукой, а что не является, принадлежит именно научному сообществу, в частности, Академии наук, а не чиновникам.

«Последние достижения нанотехнологий – нанокубанка и наночайник»



Псевдоученые крышуются

П. Воробьев

деятельности «изобретателя» Виктора Петрика, который создал ряд спорных разработок и взял в соавторы патента на способ очистки жидких радиоактивных отходов спикера нашего Парламента. Во всяком случае, таковыми считает разработку глава комиссии РАН, академик Эдуард Кругляков. Где – радиоактивные отходы и где – спикер?

Грызлов буквально заявил, что многие проекты в инновационной сфере встречают преграды на своем пути «в виде Академии наук и бюрократии». А мы то, грешные, считали, что науку зажимают чиновники. Спикер Госдумы выразил недоумение, как комиссия по лженауке может определять, «что является лженаукой, а что – нет», и назвал это «мракобесием». Его слова были процитированы на сайте партии «Единая Россия». Видимо, вспомнив недавние времена, Трофима Денисовича, «святого» выдающегося менеджера все не упоминаем, будем ходить слезы лить к его портретам на 9-е мая (или яйцами тухлыми кидать – кому как нравится), надо признать: что наука, что – лженаука знать лучше партийцам, чем ученым. Не для того партию возрождали, чтобы всякие там академики смели...

«Утверждения о том, что эта технология позволяет очистить радиоактивную воду до состояния питьевой воды высшего качества, не соответствуют действительности», – сказал академик Кругляков РИА Новости. По его мнению, специалисты из Челябинского ФГУП «Маяк», которые участвовали в испытаниях этой установки, пришли к выводу, что ее

ИнтерНьюс

Не хочешь – заставим

Мобильный телефон – это вещь, которую всегда носят с собой. Человек может забыть дома часы, зонтик, носовой платок, но телефон, скорее всего, будет при нем. Эти фактом решили воспользоваться медики. Как известно, при приеме лекарств самое главное – не забыть вовремя выпить нужную таблетку. Для загруженного делами офисного работника, пожилого пенсионера или просто рассеянного человека это зачастую превращается в невыполнимую задачу. Фармацевтические фирмы, чьи продажи напрямую зависят от того, будут ли пациенты вовремя принимать назначенные им лекарства, совместно с крупными мобильными операторами разрабатывают новый вид услуг – SMS-общения с напоминанием выпить таблетку. Один из таких сервисов – Take Your Pills – уже действует на территории США и Канады. Каждый день в определенное время абонент, подписавшийся на услугу, получает сообщение-напоминание. Подписаться можно на срок от 1 месяца до года. Другой способ напомнить пациенту о необходимости принять пилюлю предложили в американской фирме Vitality, сообщает The Economist. Фирма разработала электронное устройство в виде насадки на крышку банки с таблетками. Если лекарство не было принято вовремя, то на мобильный телефон пациента поступает звонок с голосовым напоминанием. Французская фирма Orange создала приложение для мобильного телефона, которое снимает показания с кардиомонитора, установленного на теле пациента, и отправляет их через интернет его лечащему врачу. А Philips ведет разработку так называемых «умных пилюль». После проглатывания такая таблетка будет перемещена в нужное место пищеварительного тракта с помощью крошечной микросхемы, размещенной на поверхности таблетки. Медики считают, что подобное решение может в несколько раз повысить эффективность принимаемых лекарств.

Источник: <http://vechnayamolodost.ru>

Неспортивные гены

Ученые из 14 организаций по всему миру исследовали более 600 человек и пришли к выводу, что каждый пятый житель Земли наследует от родителей гены, которые делают его «непригодным» к занятиям спортом. То есть носитель таких генов может проводить на тренажерах хоть круглые сутки, но все равно будет оставаться в плохой форме. В ходе исследования испытуемым было предложено позаниматься на велотренажерах. Медики тем временем следили, как меняется после занятий состояние участников, и замеряли количество кислорода в их крови. Как известно, бег, езда на велосипеде и прогулки на свежем воздухе увеличивают способность организма поглощать и перерабатывать кислород, тем самым увеличивая устойчивость человека к болезням. Изучение ДНК участников показало, что за поглощение кислорода отвечают 30 генов, причем различия в 11 из них коррелируют с изменениями физического состояния испытуемого после упражнений. Каждый пятый подопытный был носителем такого сочетания генов, из-за которого потребление кислорода почти не менялось, несмотря на то, что человек на протяжении нескольких недель регулярно крутил педали велотренажера в быстром темпе. Зато у 10% испытуемых, которых ученые назвали счастливыми, наблюдались заметные улучшения в состоянии физического здоровья. Это открытие позволило ученым создать методику анализа крови, который позволяет выявлять носителей «неспортивных» генов. Заявка на патентование теста уже подана, ожидается, что на рынке он появится в течение года.

Источник: <http://vechnayamolodost.ru>

Самоубийство по наследству?

Суицидальное поведение обусловлено генетическими факторами, к такому выводу пришла группа исследователей под руководством Мартина Коли, который является сотрудником немецкого Института психиатрии имени Макса Планка в Мюнхене, а также Института геномики человека Джона Хассмана в Майяме, США. Ученые попытались найти генетические факторы, обуславливающие развитие большого депрессивного расстройства и суицидального поведения. Для этого они изучали различные варианты гена NTRK2, кодирующего рецептор нейротрофического фактора мозга – белка, который отвечает за формирование и активизацию нервных клеток. Исследователи проанализировали геном 394 пациентов с депрессией, 113 из которых пытались совершить самоубийство. Полученные данные они сравнили с наследственной информацией 366 здоровых добровольцев. Кроме того, было проведено контрольное исследование с участием 744 немцев и 921 афро-американца, из которых соответственно 152 и 119 человек совершали попытки суицида. Ученые выяснили, что носители трех «опасных» мутаций гена NTRK2 пытались совершить самоубийство в среднем в 4,5 раза чаще, чем пациенты, в геноме которых содержались нормальные варианты этого гена. По словам авторов, результаты исследования подтверждают роль наследственных факторов в формировании суицидального поведения.

Источник: Archives of General Psychiatry

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 06.02.2007 г.

Сопредседатель секции: Заместитель главного терапевта ГУЗ УДП, д.м.н., проф. **В.Е. Ноников**;
Заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП,
член-корр. РАМН, проф. **Б.П. Богомолов**
Оппонент: проф. **П.А. Воробьев**
Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня: «Многоликий гепатит».

1. Д.м.н. А.В. Девяткин (ФГУ ЦКБ УДП РФ) «Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз острых вирусных гепатитов».

Количество острых и хронических гепатитов на планете составляет 3,5 млрд., ежегодно от них умирает 2 млн. человек. С.П. Боткин впервые клинически обосновал, что так называемая «катаральная желтуха» является инфекционным заболеванием. В начале XX века острый инфекционный гепатит рассматривали как полиэтиологическое заболевание, существовали энтерогенная и аллергологическая теории. Белок, впервые выявленный в сыворотке крови австралийского аборигена с помощью реакции иммунопреципитации с сывороткой крови больного гемофилией, был назван «австралийским» антигеном. Исследователи предполагали, что он может служить маркером лейкозов. Вскоре была установлена тесная связь этого антигена с сывороточным гепатитом.

В настоящее время наблюдается тенденция уменьшения количества пациентов вирусными гепатитами – из 2774 госпитализированных инфекционных больных в 2006 г. было только 98 пациентов с гепатитом (4%). Значительную долю составляют пациенты с безжелтушными формами гепатита. Специфическая диагностика острого гепатита Е почти не проводится. Вирус гепатита В имеет строгий тропизм к печени, но не обладает прямым цитопатическим действием на гепатоцит, вирус гепатита D может реплицироваться только в присутствии HBsAg вируса гепатита В. Важной особенностью вируса гепатита С является генетическая неоднородность.

Учитывая широкую распространенность острых вирусных гепатитов, встречу с ними не минует врач любой специальности. Несмотря на четкую клиническую очерченность и цикличность течения, разнообразие форм и стадий болезни, «многоликость» острых вирусных гепатитов делает дифференциальный диагноз с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями довольно трудным.

Следует помнить о том, что остается ниша в группе вирусных гепатитов, вызываемых еще неизвестными возбудителями. Среди госпитализированных больных этот процент составляет 3–5%.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Гепатит В через рот передается?

Ответ: В США были эксперименты, в которых при контакте с заведомо зараженной кровью при сохранении целостности слизистых инфицирования добровольцев не происходило.

2. Е.А. Климова (кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ) «Вирусные гепатиты: клинико-эпидемиологический анализ на рубеже XX и XXI века. Современные терапевтические подходы».

Автором показана увеличивающаяся доля гепатита А с 1998 по 2005 год с 15 до 62%, поэтому данное заболевание можно назвать «возвращающаяся инфекция». С 1999–2000 гг. наблюдался пик заболеваемости, в настоящее время заболеваемость уменьшилась в 4–5 раз. Гепатит А в последнее время изменился. Эти изменения больше обусловлены клеточными, иммунными реакциями, чем самим вирусом гепатита А, возникает персистенция вируса гепатита А, что может обуславливать парентеральное инфицирование гепатитом А.

Рассмотрена цель противовирусной терапии при хроническом вирусном гепатите – профилактика осложнений и смерти, подробно обсуждены лекарственные средства, варианты применения противовирусной терапии, в каких случаях ее необходимо применять, в каких случаях, а в каких не рекомендуется. Отдельно рассмотрен интерферон как базисный препарат для лечения и профилактики гепатита.

Поднят вопрос актуальности гепатита С в будущем. Показана схема строения генома вируса гепатита С. Описан стандарт лечения хронического гепатита С, комбинированная терапия при участии интерферонов. Показан необходимый мониторинг, который должен проводиться перед терапией, а также изложены основные подходы к лечению хронического гепатита С.

Вопросы к докладчику:

Комментарий Воробьева П.А.: Базисная терапия бездоказательна. Например – тиквеол. Интерфероны то-

же бездоказательны, но в отличие от тиквеола они еще и дорогие препараты, а Вы назначаете его всем пациентам с вирусным гепатитом. Должны быть какие-то доказательства, экономические обоснования.

Ответ: Что касается базисной терапии, мы рекомендуем эти препараты и считаем, что они имеют право на существование. Доказательная медицина имеет массу преимуществ, но система здравоохранения, существовавшая долгие годы, не имела возможностей проводить рандомизированные исследования. А по поводу интерферона проводились исследования. Да и мы сами видели положительные результаты при применении интерферона при гепатите С: у 80% фиксируется выздоровление, что совпадает с мировыми данными.

Комментарий Воробьева П.А.: Доказательства бывают разные, степени доказательств тоже. Поэтому, если Вы говорите, что есть исследования и доказательства, то будьте любезны их приводить, так как все вами сказанное может быть легко оспорено.

2. Член-корреспондент, проф. Шахгильдян И.В. (Лаборатория эпидемиологии и профилактики вирусных гепатитов НИИ вирусологии им. Д.И. Иванова РАМН) «Достижения и перспективы вакцинопрофилактики гепатита В в России».

Показана этиологическая структура острых вирусных гепатитов в РФ в 1997–2005 годах, структура хронических вирусных гепатитов в Москве в 1998–2005 годах. При анализе возрастной структуры больных отмечено, что наиболее часто болеют в репродуктивном возрасте. Подробно описаны вакцины против гепатита В, которые существуют в настоящее время. Все вакцины, используемые в настоящее время в РФ, являются генно-инженерными. Рассмотрены различные схемы вакцинации (обычная, быстрая, экстренная). Дана обширнейшая статистическая информация, вскрывающая различные вопросы, связанные с вакцинацией. Показано что иммунный ответ на вакцинацию против гепатита В у подростков зависит от наличия вредных привычек. Были раскрыты аспекты и необходимость вакцинации такой группы риска, как медицинские работники. Приведен пример того, как студенты одного из медицинских ВУЗов не были допущены к практике в связи с тем, что не были привиты от гепатита В, а также случай гибели медицинской сестры, также не привитой от гепатита В, но во время отпуска исполняющей обязанности процедурной сестры.

Комментарий Воробьева П.А.: Грубейшее нарушение прав человека – не допускать не привитых медицинских работников к своим обязанностям.

Ответ: Я не согласен. Но и все проблемы гепатита и вакцинации за 2 часа заседания решить невозможно.

Вопрос: Когда вакцинация против гепатита А войдет в календарь прививок, и нужна ли ревакцинация, если проводит вакцинацию новорожденному?

Ответ: Пока на этот счет нет данных, календарь будет пересматриваться. Сейчас прививка от гепатита А проводится по эпидемиологическим показаниям. Ценность прививки в том, что, например, в Новгороде удалось предотвратить эпидемию путем вакцинации порядка 97 тысячи человек. Вопрос насчет ревакцинации пока открыт. Есть мнение, что если человек иммунокомпетентен, то не нужно, а вот медики и люди с нарушением иммунного статуса – вот им нужно делать.

Вопрос: Имеет ли терапевтическое действие на сегодняшний день вакцина от гепатита В?

Ответ: Ни одна коммерческая вакцина на сегодняшний день не имеет терапевтического действия. Работа в этом направлении идет. И вакцина с терапевтическим действием выйдет скорее, чем вакцина от гепатита С.

Комментарий Богомолова Б.П.: Скоро в календаре прививок не останется места. Меня учили так – когда человек болеет, не суйся к нему с антигеном. Нужно думать о человеке, усердие не должно превышать разум. Нет сведений о том, что у ребенка после вакцинации не будет других иммунных реакций. Лучше обеспечить всех доброкачественной водой. В нашей стране нет комитета по изучению вакцинных реакций. Эпидемиологи не учитывают поствакцинальные состояния.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 30.10.2007 г.

Сопредседатель секции: член-корр. РАМН,
проф. Б.П. Богомолов, проф., д.м.н. В.Е. Ноников
Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев
Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня:

Инфекция у иммунодепрессированного больного
1. Д.м.н. Девяткин А.В. (ФГУ ЦКБ УДП РФ).

В медицине чаще всего используется термин иммунологический иммунодепрессированный больной для описания пациентов со сниженной или нарушенной им-

мунной реакцией вследствие иммуносупрессии. Эти пациенты являются наиболее уязвимыми к различным условно-патогенным инфекциям. У «скомпрометированных» больных можно выделить следующие особенности течения инфекционных болезней: более тяжелое течение болезни, частое отсутствие типичных клинических симптомов при выраженных морфологических изменениях; инфекционные заболевания труднее диагностируются, маскируются под несколько соматических заболеваний; длительность инфекционных болезней увеличивается; более высокая частота затяжных и хронических форм и более высокая летальность.

В докладе представлены основные функциональные и морфологические изменения в стареющем организме и подробно изложены особенности течения некоторых групп инфекционных заболеваний (тифо-паратифозных заболеваний, пищевых токсикоинфекций, сальмонеллеза, дизентерии, острого вирусного гепатита, рожи, герпесвируса и вызываемых им заболеваний, ВИЧ-инфекции) у «скомпрометированных» больных, в частности у больных пожилого и старческого возраста. Представленный материал широко проиллюстрирован клиническими примерами из практики.

У «скомпрометированных» больных часто встречается рожа, протекающая в виде эритематозно-геморрагической, буллезно-геморрагической и флегмонозной форм. Часто протекает под «маской» кишечных заболеваний, у таких больных чаще возникают осложнения – тромбозы, абсцессы и флегмоны, отмечается склонность к рецидивирующему течению и при лечении необходимо учитывать сниженную трофику тканей, лимфо-венозную недостаточность, лимфостаз.

Инфекционный мононуклеоз у лиц старше 40 лет встречается редко, это связано с тем, что заражение происходит в раннем детстве. В молодом возрасте при активном общении со своими сверстниками этот вирус реактивируется либо на фоне другой хронической инфекции, либо происходит повторное заражение и развиваются характерные клинические симптомы. Инфекционный мононуклеоз у взрослых протекает в атипичной форме, боль в горле, поражение ротоглотки, лимфаденопатия и спленомегалия встречаются значительно реже и менее выражены, чем у молодых больных. Основным клиническим проявлением является лихорадка.

Одним из наиболее показательных примеров проявления инфекции у ослабленного больного можно считать опоясывающий лишай (Herpes zoster) у взрослых. Все люди болеют ветряной оспой, кто не имел высыпаний, скорее всего, переболел в легкой форме. После перенесенной инфекции вирус варицелла-зостер остается в нервном узле и при снижении иммунитета наблюдается реактивация этого вируса, но уже локально по ходу той зоны иннервации, в каком ганглии находится вирус варицелла-зостер. Следует помнить, что иногда тяжелые формы опоясывающего герпеса могут быть первым клиническим проявлением онкологического заболевания, лейкозов. Цитомегаловирусная инфекция у взрослых клинически проявляется только при различных иммунодефицитных состояниях.

ВИЧ-инфекция в поздних стадиях клинически проявляется различными инфекционными заболеваниями. При всей полиморфности клинической картины ВИЧ-инфекции для нее характерны лимфаденопатия (100%), поражение кожи (84%), пневмоцистная пневмония (50%), поражение ЦНС (30%), саркома Капоши (25%). Особое внимание слушателей было обращено на так называемые СПИД-индикаторные заболевания I и II группы, которые показывают, в каком случае для постановки диагноза СПИД требуется лабораторное подтверждение, а в каком не требуется и достаточно клиники, потому что у здорового человека этих инфекций не может быть.

Далее докладчик показал особенности лечения инфекционных болезней у «скомпрометированных» больных. Так, вследствие замедленного поглощения некоторых веществ из желудочно-кишечного тракта и ухудшения их выведения из организма дозы вводимых препаратов должны быть индивидуально подобранными. Следует помнить, что антибиотики могут вызывать более выраженные побочные эффекты, неэффективность стандартного лечения нередко обусловлена недооценкой иммунодефицита. Необходимо проводить коррекцию базисной терапии сопутствующих соматических заболеваний, а также своевременное лечение и предупреждение возможных осложнений и обострений сопутствующих заболеваний.

Вторая часть доклада была посвящена исследованиям гриппа и другим острым респираторным вирусным инфекциям, которыми более 20 лет занимаются в ФГУ ЦКБ УДП РФ врачи под руководством Богомолова Б.П. Особое внимание слушателей было обращено на особенности течения гриппа и ОРВИ у «скомпрометированных» больных: более длительное и более тяжелое течение болезни с частыми осложнениями и большей летальностью; у больных с сопутствующими заболеваниями ведущими симптомами становятся не проявления общей интоксикации, а нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы; остаточные респираторные симптомы сохраняются более 10 дней болезни; при лечении необходимо учитывать различные сопутствующие заболевания, от которых напрямую зависит

Начало на стр. 6

исход болезни. Следует отметить, что респираторными заболеваниями каждый здоровый человек должен болеть ежегодно, каждый школьник не менее двух раз в год, а каждый дошкольник не менее 6 раз в год. Это своеобразная тренировка иммунитета и спасение при появлении новых вирусов.

Далее были представлены собственные результаты анализа более 1000 больных гриппом и ОРВИ. Бактериальные осложнения гриппа и ОРВИ, такие как пневмония, бронхит у больных с сопутствующей коронарной болезнью сердца, гипертонической болезнью наблюдаются в 2 раза чаще, чем у больных без сопутствующей патологии, у 2/3 больных в возрасте старше 60 лет. Особенно было подчеркнuto, что патогенетическую сущность нарушений микроциркуляции, гемостаза и гемореологии при гриппе и других ОРВИ составляют повреждение вирусами и их токсинами эндотелия микрососудов; высокая внутрисосудистая агрегация эритроцитов и тромбоцитов; активация плазменных факторов свертывания крови; повышение вязкости крови в зоне микроциркуляции; замедление кровотока преимущественно в капиллярах и венолах. Повышение артериального давления в период болезни наблюдалось у 31% больных с сопутствующими заболеваниями, а артериальная гипотония, которая свойственна ОРВИ и гриппу – только у 9% больных. У больных с сопутствующим сахарным диабетом течение гриппа осложнялось пневмонией в 32,7% случаев, декомпенсация сахарного диабета развивалась у 40,4%. В заключение на основе полученных результатов анализа докладчик представил рекомендации по профилактике обострения сопутствующих заболеваний, суть которых заключалась в назначении антиагрегантов в течение 10 дней. Было подчеркнuto, что выбор препарата должен быть сугубо индивидуальным с учетом исходного состояния пациента перед заболеванием острой респираторной инфекцией и текущих микроциркуляторных нарушений.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Как Вы относитесь к вакцинации против гриппа?

Ответ: По рекомендации ВОЗ группа риска в отношении развития тяжелого гриппа – это люди пожилого и старческого возраста и именно их необходимо вакцинировать в первую очередь. Конечно, у этих больных есть проблемы с выработкой полноценных антител, но сегодня мы не можем утверждать, что вакцинировать их не надо, поскольку если они не получат даже эту минимальную дозу, то неизвестно,

как они ответят на настоящий возбудитель. Поэтому я согласен с тем, что их надо вакцинировать против гриппа.

Вопрос: Нужно ли назначать дезагреганты в первые дни болезни больным с сопутствующими заболеваниями?

Ответ: В первые дни болезни ОРВИ и гриппом, когда выражена интоксикация, скорость течения крови по капиллярам и венолам ускорена, агрегация эритроцитов и тромбоцитов, по исследованиям микрососудов, не наблюдается. Поэтому назначение дезагрегантов в этот период не показано. Следует отметить, что проблема заключается в том, что больные ОРВИ и гриппом через 6 дней начинают приступать к своей обычной трудовой деятельности, считая, что они уже здоровы. Но в этот период как раз и возникают осложнения, по статистике количество госпитализированных больных в кардиологическое отделение после пика эпидемиологического гриппа увеличивается в два и более раз, и этот момент нельзя недооценивать. Мы считаем, что наиболее выраженные нарушения по кровотоку начинаются во время спада токсических проявлений.

Воробьев П.А.: А после назначения аспирина что происходит с агрегацией?

Ответ: Это вопрос нами ещё до конца не изучен, поскольку мы работаем в стационаре и к моменту назначения аспирина больные, как правило, выздоравливают и выписываются и провести анализ в последующем не получается.

Комментарий Воробьева П.А.: Осложнения гриппа наступают спустя неделю после заболевания и они, как правило, носят иммунокомплексный характер, связанный с выработкой антител и реакцией антиген-антитела и с развитием ДВС-синдрома. Это называется хронический ДВС-синдром который, как правило, в 90% случаев не даёт геморрагических проявлений и весь протекает на уровне нарушения микроциркуляции и микротромбообразования – в этом и есть проблема. Больных после гриппа выписываем, а они через неделю поступают с миокардитом, патологией почек и, может быть, действительно надо рекомендовать всем пожилым больным назначать аспирин, варфарин. Этот вопрос требует дальнейшего обсуждения.

В заключение Богомолов Б.П. поблагодарил докладчика за очень интересное широкое представление проблемы инфекций у скомпрометированного больного, показавшего, что исходный фон оказывает очень большое влияние на исход течения болезни.

Продолжается работа Организационного комитета Премии Московского городского научного общества терапевтов имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева 2009 года. Премия имени Д.Д. Плетнева является общественной наградой за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы, признанные достижения в профессиональной деятельности.

В конкурсе на соискание Премии имени Д.Д. Плетнева 2009 года определен номинант (объявление об открытии конкурса было опубликовано в № 103 Вестника МГНОТ «Московский доктор»).

На соискание премии выдвинут:

Сыркин Абрам Львович, чл.-корр. РАЕН, проф., д.м.н., главный терапевт Клинического центра, Директор клиники кардиологии и руководитель отдела кардиологии научно-исследовательского центра Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Итоги голосования Жюри будут опубликованы в Вестнике МГНОТ «Московский доктор». О дате торжественного вручения премии будет объявлено позднее.

Представление на премию МГНОТ им. Д.Д. Плетнева Сыркина Абрама Львовича

Абрам Львович Сыркин родился в 1930 году в Москве, в семье крупного отечественного гигиениста профессора Л.А. Сыркина. Окончив среднюю школу в 1948 г., он поступил в I Московский медицинский институт имени И.М. Сеченова. После окончания в 1954 г. института он остался работать в нем. Практически все эти годы Абрам Львович проработал на кафедре Факультетской терапии I Московского медицинского института, ныне Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова.

Его учителями были академики Владимир Никитич Виноградов, Зинаида Адамовна Бондарь, профессор Виталий Григорьевич Попов.

Первые научные работы А.Л. Сыркина были посвящены изучению отёчного синдрома. Эти работы восходят к тематике, разрабатываемой еще Дмитрием Дмитриевичем Плетневым в 30-е годы. В 1960 г. им была защищена кандидатская диссертация на тему «Скорость резорбции NaCl из кожи при ревматизме и ревматических пороках сердца».

После защиты диссертации в начале 60-х годов внимание А.Л. Сыркина привлекают возможности метода электроимпульсной терапии нарушений сердечного ритма и он начинает активную разработку этой темы. Результатом явилось формулировка принципов отбора больных для процедуры электроимпульсной терапии, подготовка пациентов к её проведению и сама методика кардиоверсии, последующее ведение больных. Результаты исследований были обобщены в докторской диссертации А.Л. Сыркина и в монографии «Электроимпульсное лечение аритмий сердца в терапевтической клинике» (в соавторстве с А.В. Недоступом и И.В. Маевской), выпущенной в 1970 году. С этого момента Абрам Львович становится одним из самых известных отечественных кардиологов-клиницистов.

Дальнейшая научная и клиническая деятельность А.Л. Сыркина в значительной степени посвящена коронарной болезни сердца и, в частности, инфаркту миокарда. Созданное в Факультетской терапевтической клинике I ММИ в 1959 г. академиком В.Н. Виноградовым первое в Москве отделение кардиореанимации к началу 70-х годов расширяется до многоколичественного блока интенсивной терапии, а с 1976 года, после перехода клиники в новое здание при нём начинает функционировать отделение ишемической болезни сердца. С тех пор уже на протяжении почти 30 лет Абрам Львович Сыркин руководит рабо-

той этих двух подразделений, получивших с 1998 г. статус кардиологической клиники ММА имени И.М. Сеченова, директором которой он и назначен.

За эти годы Абрамом Львовичем успешно разрабатывались многие наиболее актуальные проблемы в данной области кардиологии, в том числе аспекты вариантов клинического течения инфаркта миокарда, его осложнений, терапии сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма, тромболитической терапии. Особо следует выделить работы, проводимые в сотрудничестве с коллективом специалистов в области прикладной математики, руководимым академиком И.М. Гельфандом, и посвященные вопросам прогнозирования течения инфаркта миокарда и его осложнений. При проведении этой работы решались не только конкретные клинические задачи, но и принципиальные вопросы использования математических методов в клинической медицине (формализация описания больного, клинической ситуации, принятии решений и т.д.).

Являясь выдающимся врачом, Абрам Львович «пропустил» через свои руки многих известных людей эпохи. К нему не раз обращались представители «элит», но и диссидентам оказывалась квалифицированная помощь в полном объеме. Среди его пациентов нельзя не указать А. Галича – выдающегося поэта и сценариста XX века.

Всего же Абрамом Львовичем опубликовано свыше 400 научных работ, итоги работы нашли отражение в многочисленных монографиях, в частности «Рецидивирующий инфаркт миокарда» (совместно с А.И. Марковой и Л.В. Раиновой) и «Инфаркт миокарда» (второе издание, значительно переработанное и дополненное в 1998 году), «Депрессии у соматических больных» Москва, 1997 (в соавторстве с А.Б. Смулевичем и В.Н. Козыревым). Под руководством Абрама Львовича защищено около 40 кандидатских диссертаций.

На протяжении многих лет А.Л. Сыркин руководит научным студенческим кружком. Многие бывшие кружковцы стали первоклассными врачами, кандидатами наук, сотрудниками ведущих клинических учреждений страны, в том числе и Факультетской терапевтической клиники имени В.Н. Виноградова.

На протяжении многих десятилетий А.Л. Сыркин является членом Правления Московского городского терапевтического общества. Он был одним из первых авторов Вестника МГНОТ.

*Главный терапевт г. Москвы
Директор Института гастроэнтерологии*

*Профессор Л.Б. Лазбенот
Главный редактор Вестника МГНОТ
Профессор П.А. Воробьев*

ИнтерНьюс

Большая фарма переключается на алкогольиков

Крупнейшие мировые фармацевтические компании активно ведут разработку лекарств для лечения алкоголизма. По данным консалтинговой компании «Томсон фарма», в разработке сейчас находится 24 препарата, из которых 10 – в средней стадии испытаний. До сих пор менеджеры гигантов фармацевтики не считали разработку лекарств от алкоголизма перспективным направлением. Считалось, что алкоголики, как парии общества, не располагают большими доходами, и поэтому препараты для их лечения не будут иметь крупный рынок сбыта и не смогут принести большую прибыль. Однако в последнее время в Великобритании и других развитых странах алкоголизмом все больше превращается в болезнь среднего класса, поэтому «большая фармацевтика» обратила свое внимание на связанную с лечением этого недуга область медицины. По мнению британского издания, фармацевтические разработки в области лечения алкоголизма проходят сейчас тот же путь, которым 30 лет назад шли поиски лекарств для лечения депрессии, которые сейчас превратились в один из главных источников прибыли для фармакомпаний. Крупные американские корпорации «Мерк» и «Эли Лилли» разрабатывают собственные препараты, которые сейчас находятся стадии испытания на людях. Биотехнологическая фирма «Алкермес» имеет в разработке сразу три потенциальных лекарств от алкоголизма. Одним из направлений считается изучение веществ, которые воздействуют на рецепторы (механизмы воздействия на нервные клетки) дофамина – «гормона удовольствия». Он выделяется при употреблении алкоголя и наркотиков, именно его влиянием объясняется эйфорический эффект при их приеме. Препараты, воздействующие на рецепторы дофамина, уже используются в лечении нервных заболеваний. Другим направлением экспериментов является использование препарата топирамат, применяемого обычно для лечения эпилепсии и мигрени. Сейчас на его основе пытаются создать лекарство для снятия тяги к алкоголю. Английские ученые проводят эксперименты с мифепристоном – препаратом, используемым для медикаментозных абортов. Считается, что это вещество может быть полезно при лечении хронического пьянства, так как оно способно блокировать действие гормона стресса кортизола, выделяющегося в мозгу алкоголика, когда он решает «завязать». Впрочем, поскольку многие препараты имеют побочные действия, их испытания пока не завершены. Так что пока рано говорить о наличии новых медикаментов, способных эффективно излечивать алкоголизм.

Источник: АМИ-ТАСС

Всеобщее снижение уровня смертности является одним из главных достижений человечества

Об этом говорится в обнародованном докладе генерального секретаря ООН «Охрана здоровья, заболеваемость, смертность и развитие». Этот документ будет рассмотрен на сессии Комиссии ООН по народонаселению и развитию, которая пройдет 12–16 апреля этого года. В докладе отмечается, что с 1800 года средняя продолжительность жизни людей «возросла с 30 до 68 лет». Это привело к стремительному росту численности населения – с одного миллиарда в 1810 году до почти семи миллиардов в 2010 году. Генсек ООН обращает внимание на тот факт, что за последние два столетия уменьшение уровня смертности сопровождалось увеличением уровня доходов. Однако эксперты в значительной степени связывают достигнутый прогресс «с революцией в области технологий, ростом уровня медицинского обслуживания и успехами в понимании причин заболеваний». В масштабах всего мира ожидаемая продолжительность жизни стала быстро расти после 1950 года, увеличившись с 47 в 1950–1955 годах до 68 лет в 2005–2010 годах. На сегодняшний день самая высокая средняя продолжительность жизни отмечена в Северной Америке и Европе. Больших успехов в увеличении ожидаемых лет жизни удалось достичь Китаю и Индии. В 1950–1955 годах в этих странах в среднем люди жили 40 и 38 лет, а в 2005–2010 годах – 72 и 68 лет соответственно. Африка не смогла обеспечить столь впечатляющего прогресса. Авторы доклада связывают это с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Ожидаемая продолжительность жизни в этом регионе не превышает 55 лет, говорится в докладе генсека ООН.

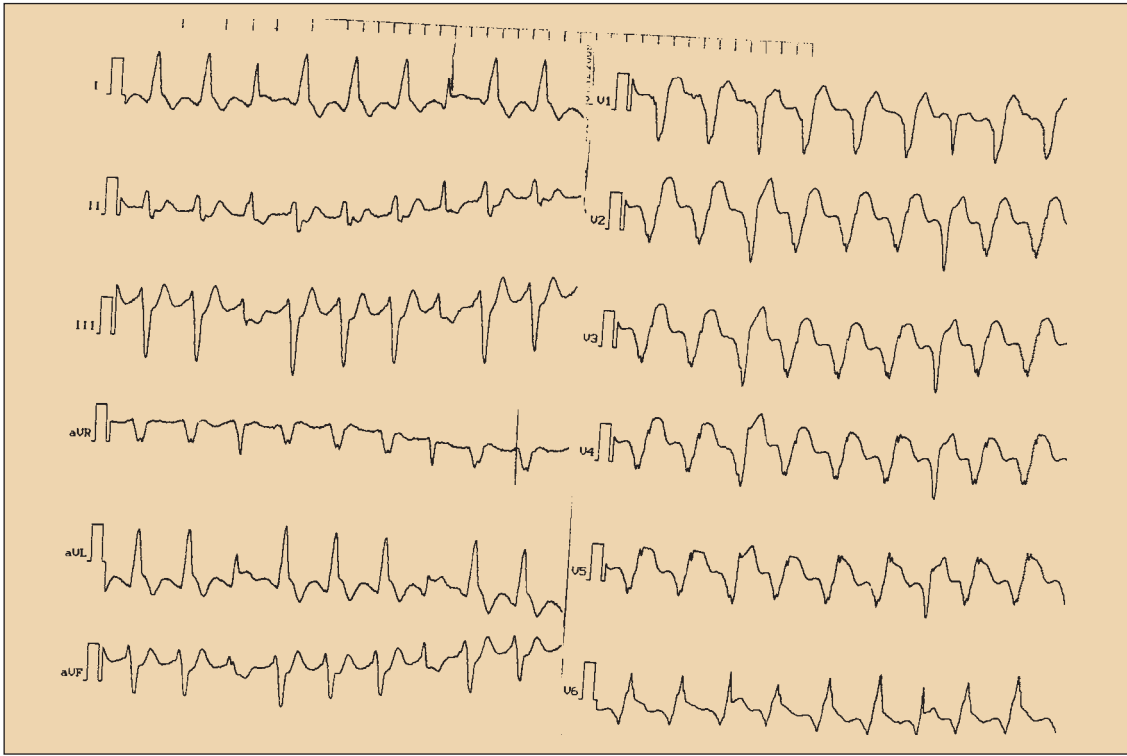
Источник: ИТАР-ТАСС

С читателями «Московского доктора» поделился своими клиническими наблюдениями доктор Назаров Андрей Владимирович, работающий в составе кардиологической бригады скорой помощи. Комментирует профессор Дмитрий Владимирович Преображенский.

Женщина, 72 года. 10 лет назад перенесла передне-перегородочный инфаркт миокарда, в последующем вела активный образ жизни, стенокардией не страдала, явной одышки, отеков не было. 1 год назад развился приступ тахикардии с ощущением дискомфорта в области сердца. Вызванной тогда бригадой СМП проводилось медикаментозное лечение на дому, затем кардиоверсия (неудачная), хотя явлений угнетения гемодинамики не было, ритм восстановлен в стационаре, куда пациентка была госпитализирована. Выписного эпикриза той госпитализации нет – слан в поликлинику. На ЭКГ 3-месячной давности, имеющейся дома – синусовый ритм, горизонтальная ЭОС, крупноочаговые рубцовые изменения передней стенки левого желудочка, блокада проведения нет (QRS узкие).

плексов около 110 в мин. Отдельные комплексы (3-й и 7-й) отличаются от остальных, по форме напоминают комплексы на ЭКГ 3-х месячной давности («захваченные?»), однако они также расширены.

Обсуждение: надежных критериев дифференциации ЖТ от НЖТ с блокадой проведения (в данном случае – функциональной, тахизависимой блокадой) – нет. Поэтому существует правило: считайте ритмичную тахикардию с широкими комплексами желудочковой, пока не доказано обратное (вот здесь пригодился бы прошлогодний эпикриз!). Имеются также утверждения, что ритмичная тахикардия с широкими комплексами в острой стадии инфаркта миокарда всегда желудочковая, а в остальных случаях соотношение ЖТ к НЖТ с блокадой проведения такое: 4:1.



Сегодня после лечения у стоматолога (удален зуб, беспокоивший несколько дней) вновь почувствовала дискомфорт в области сердца, определила у себя частый пульс, поняла, что это рецидив тахикардии, вызвала СМП.

Прибывшей бригадой получена приводимая ЭКГ, начато лечение: лидокаин 120 мг в/в, панангин 10 мл в 250 мл физраствора в/в капельно. Вызвана КБ с поводом: «желудочковая тахикардия, для проведения кардиоверсии».

Объективный статус пациентки (кратко): пациентка активна, разговорчива: подробно рассказывает не только об особенностях прошлогоднего и сегодняшнего приступов, но и об особенностях воспитания внука. АД 130/80 мм рт. ст., застойных явлений в легких, набухания шейных вен, периферических отеков нет.

ЭКГ: ритмичная тахикардия с широкими комплексами QRS. Частота желудочковых ком-

Одним из признаков ЖТ является конкордантность (однонаправленность) комплексов QRS в грудных отведениях. На нашей ЭКГ этого нет.

Еще признак: отрицательные QRS во всех грудных отведениях (хотя бы в V4–V6). На приводимой ЭКГ QRS в V6 положительные. К тому же пациентка исходно имела комплексы типа QS в правых грудных отведениях (рубцовые постинфарктные изменения).

Признаком ЖТ является наличие AV-диссоциации, но различить зубцы P при тахикардии практически невозможно.

В случае M-образности комплекса QRS в VI признаком ЖТ является преобладание первого пика R над вторым. На нашей ЭКГ этого нет.

Признаком ЖТ является отклонение ЭОС влево. Этот признак присутствует, однако похожая ЭОС имела у пациентки и при синусовом ритме.

ЖТ более вероятно при ширине QRS более 160 мс. На нашей ЭКГ QRS 150–160 мс.

Классической частотой при ЖТ является 140–220 в мин. На нашей ЭКГ 110 в мин.

Тяжесть состояния пациента не является дифференциально-диагностическим критерием.

Лечение: с учетом сомнений в источнике тахикардии лечение продолжено с использованием кордарона. Кордарон применим как для лечения ЖТ, так и НЖТ, в том числе НЖТ с участием дополнительных путей проведения.

Другой достаточно эффективный препарат – новокаиномид – не применим при расширении QRS (блокада ножек пучка Гиса – в списке противопоказаний у этого препарата).

Кордарон, несмотря на свой почти 50-ти летний «возраст», сохраняет ведущие позиции среди антиаритмических препаратов, что подтверждают изданные в 2006 г «Руководство по диагностике и лечению ФП» и «Руководство по лечению ЖТ и профилактике внезапной смерти» Американской ассоциации сердца и Европейской ассоциации кардиологов.

Применено: кордарон 300 мг в 10 мл физраствора в/в медленно, затем кордарон 30 (мг в 250 мл физраствора) в/в капельно. Аритмия сохранилась, пациентка госпитализирована без ухудшения самочувствия и общего состояния. Расширение (медикаментозного лечения на догоспитальном этапе – не рассматривалось, т. к. уже было применено 3 антиаритмических препарата (условно считая и панангин). Применение электрокардиоверсии не рассматривалось, т. к. не было признаков угнетения гемодинамики.

Образовательный семинар, посвященный памяти Зиновия Соломоновича Баркагана

«ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА»,

будет проходить в рамках Конгресса «Человек и лекарство» (12–16 апреля 2010 г.)

Семинар посвящен разным аспектам нарушений свертывающей системы человека – системы гемостаза. Клиническое значение гемостазиологии в клинической практике трудно переоценить. Знания по ранней диагностике, лечению больных с нарушениями свертывающей системы крови крайне важны для акушеров-гинекологов, реаниматологов, гематологов, трансфузиологов, клинических фармакологов, хирургов, в том числе кардиохирургов, терапевтов, гериатров и врачей общей практики.

Руководители школы – Воробьев Павел Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова; Момот Андрей Павлович, доктор медицинских наук, профессор, директор Алтайского филиала ГУ «Гематологический научный центр» РАМН. Докладчики – ученые, специалисты ведущих гематологических учреждений Москвы, Барнаула, Архангельска, имеющие большой практический опыт работы

ПРОГРАММА

1 день

РЕГИСТРЫ ПРЕДОБЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРОМБОФИЛИЯМИ

Сопредседатели: проф. Воробьев П.А., проф. Момот А.П., проф. Елькомов В.А.

В.А. Елькомов, А.П. Момот, Г.В. Сердюк (г. Барнаул)	Организация регистров предоблези в кардиологии, неврологии и акушерстве
А.П. Момот, Е.В. Ройтман, П.В. Свиринов (г. Барнаул, Москва)	Перспективы и практика генетической паспортизации детей на носительство тромбогенных ДНК-полиморфизмов
П.А. Воробьев, О.В. Борисенко (Москва)	Регистры больных как метод изучения типичной практики ведения больных
Н.А. Воробьева, И.А. Пономарева (г. Архангельск)	Первый опыт регистра больных с варфаринотерапией

2 день

ГЕМОФИЛИЯ И БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сопредседатели: проф. Воробьев П.А., проф. Момот А.П., Зоренко В.Ю.

В.В. Вдовин (Москва)	Диагностика гемофилии и болезни Виллебранда: от участкового врача до специализированной клиники
П.А. Воробьев, О.В. Борисенко (Москва)	Изучение качества жизни больных с гемофилией
В.Ю. Зоренко (Москва)	Интенсивная терапия при хирургических пособиях у больных гемофилией
Н.И. Зозуля (Москва)	Терапия при появлении антител к факторам свертывания: эффективность и экономичность
Ю.А. Жулев (Москва)	Домашнее профилактическое лечение гемофилии глазами пациентов

Место проведения: Российская академия государственной службы при Президенте РФ (РАГС). Адрес: проспект Вернадского, д. 84 (проезд: ст. метро «Юго-Западная», выход из последнего вагона).

Уточненная информация будет размещена на сайте www.zdrav.net и на сайте Конгресса

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Буриков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галин В.А., Глезов М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губина Д.И., Гусева Н.Г., Дворский Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин Л.В., Каторский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Е., Лысенко Л.Б., Маклюкин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погочева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.В., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.В.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtprndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена **Б**

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

Внимание!
В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга!

ЗАТРАТЫ, КАЧЕСТВО И РЕЗУЛЬТАТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

КНИГА ТЕРМИНОВ ISPOR

РЕДАКТОРЫ:
Мари Л. Бергер
Карстен Бенгтссон
Залим С. Кадболов
Крис Л. Палас
Дэвид В. Таррингтон

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР:
Мариан Динес Смет

Издательское общество
«НьюДиамед»
Издательский
и полиграфический