



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Апрель 2006

№ 8 (25)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Конечно, Чернобыль, как и всякая катастрофа, должен человечество чему-то учить. Все аварии реакторов, установок и мало-мальски серьезные лучевые болезни, которые были на моей памяти, — я с ними так или иначе знаком. К Чернобыльской аварии мы готовились. Было время, когда я заведовал клиническим отделом в Институте Биофизики МЗ СССР. Начальником III ГУ был Правецкий Владимир Николаевич, а первым заместителем — Владимир Иванович Шахматов, выдающийся деятель отечественного здравоохранения. Правецкий был поглощен целиком космосом, а ядерной медициной занимался Шахматов.

Как-то мы с Владимиром Ивановичем сели, взяли лист бумаги и «взорвали» атомную станцию. Посчитали, сколько народу будет поражено. Известно сколько работает народу в смене, известно примерно, сколько живет в округе. Мы насчитали 100 человек. Больше не должно быть. За пределами станции, мы твердо знали, никакой лучевой болезни не будет. Койки иметь нужно для 100 тяжелых больных и — запас антибиотиков. Из этого расчета в 6-й больнице III Главного управления выделили специальные стерильные палаты, которые были снабжены ультрафиолетовыми установками. В каждой всегда, в любую минуту можно было разместить одного больного. Там работали врачи, знакомые с острой лучевой болезнью.

Прошло 15 лет. Мы оба ушли из системы, я уже заведовал кафедрой, а Шахматов стал первым заместителем начальника IV Главного управления у Е.И. Чазова. Произошел Чернобыль. Первые 4 дня никто нас не звал, все было засекречено. Бывший наш аспирант Жора Селидовкин поехал на станцию и сортировал пострадавших: эта работа по сортировке, точнее — биологическая дозиметрия — была идеально отработана нами раньше. Когда он приехал на станцию, он сразу разобрался, кто будет тяжелым больным, хотя в тот момент они все были нетяжелыми. В этом коварство острой лучевой болезни.

Таких оказалось около 200 человек. Наш расчет хорошо совпал, хотя нам с Шахматовым в голову не могло прийти, что будет пожар, т. к. невероятно, чтобы крыша реактора могла быть накрыта горючим материалом. Нельзя было представить, и что пожарные на реакторе будут работать без сапог. Радиоактивные газы шли под брюки, не заправленные в сапоги или носки.

Я попал в эту аварию по собственной инициативе. После сообщения иностранного радио о том, что радиоактивный газ дошел до Швеции, позвонил отцу своего пациента, крупному начальнику в КГБ, и рассказал, что все люди, которые знают лучевую болезнь, должны быть призваны, т. к. те силы, которые есть, не справятся. Он перезвонил Виктору Михайловичу Чебрикову — председателю КГБ, это было вечером 30-го, и говорит: «Андрей Иванович, завтра утром я за Вами заеду, мы вдвоем съездим в 6-ю больницу, посмотрим, что там делается, а потом на моей «Чайке» Вы уже проедете в Кремль». Поехали в 6-ю больницу, все там было грамотно, работали, как положено. Но местное начальство думало, что они справятся своими силами.

В Кремле на комиссии Политбюро познакомился с Николаем Ивановичем Рыжковым. Вот чему можно у той аварии поучиться: возглавил комиссию по помощи второй человек в государстве, потом он то же самое сделал в Армении. Это, конечно, историческая фигура, заслуживающая огромного уважения. Он все держал в руках. Решение о 30-километровой зоне принял он. Нельзя точно рассчитать зону опасного загрязнения почвы, потому что сейчас дул ветер сюда, потом — туда. Он взял и сделал то,

что логично было. Конечно, он советовался со специалистами. Но одно дело совет, а другое дело — принятие решения. Всех ли выселили, не всех ли выселили, — важно, что страна узнала, что есть рука, которая руководит, есть порядок, который пытаются наводить. Ошибки по дезактивации, по потере сведений о дозах у ликвидаторов, я этого не буду касаться. Это совершеннейшее безобразие, сведения о дозах никто не терял, их просто уничтожили. Я знаю наше родное

да, зачем же нам какая-то йодная соль, которой сейчас нет». Тот — «Да можно, конечно». «Сколько надо выпить?» Он говорит: «Ну, четверть ложечки чайной.» Но

Это совершеннейшее безобразие, сведения о дозах никто не терял, их просто уничтожили.

не на того напал, Сафонов вынимает из ящика стола бутылочку с йодом. «Вот

Вам бутылочка, вот Вам ложечка, покажите, пожалуйста.» И тот посерел. Одно дело болтать, а другое... Он сразу понял, что сожжет себе все. Конечно, он пить не стал. «Так вот, дорогой мой: 1 капли хватит, 1—2 капли.» Ведь не нужно полностью блокировать щитовидную железу, а лишь настолько, чтоб дозовая нагрузка была ничтожной. Достаточно йодной настойкой кожу хорошо смазать.

Все разделено, мы были туда не вхожи: каждый знает только свой угол. Это, конечно, — ошибка.

Это был грубый просчет всей нашей медицины. В это время польские врачи были посажены на велосипеды. Каждый приезжал в деревню и каждому жителю в рот давал таблетку йода. Этот наш прокол, безусловно, обошелся дорого. Потому что если была онкологическая вспышка, то

только по раку щитовидной железы. Больше мы ничего не зарегистрировали и мы знаем, что ничего особенно и не должно быть, потому что суммарные дозы продленного облучения, облучения малых мощностей, были в пределах 100 Рад, очень немногих людей получило около 100 Рад.

Острая лучевая болезнь начинается со 100 Рад одномоментного, мощного облучения, это реакторное облучение, за микросекунды. В Чернобыльской катастрофе облучение было растянуто на много дней. При этом нельзя зарегистрировать сколько-нибудь серьезных,

кроме тонкого хромосомного анализа, повреждений. И онкологического всплеска в связи с этим нигде не зарегистрировано. Лейкозов нет. У нас был один случай, мы его описали, прямого лучевого лейкоза: была транслокация хромосомная, грубо маркированный по хромосомному анализу острый лейкоз. Он, вероятно, лучевой, но I случай.

Что зарегистрировали — это целая популяция людей, в основном в Брянской области, наверняка то же самое и в Белоруссии — носители «горячих частиц». Впервые в мире мы обнаружили, и я тут же опубликовал в «Московских Новостях» с фотографией, потому

что это очень любопытное явление: хромосомный набор клетки весь разорван на части. Так бывает, когда в клетку влетело атомное ядро, нейтрон или альфа-частица, но не гамма-частица, — она просто оторвет у хромосомы кусок. А это, как если в окно влетел камень величиной с окно, все разворочено.

У всех повреждающих агентов есть предельно допустимая доза. Для радиоактивных веществ считалось, что такой дозы нет. И это не просто считалось:

## ЧЕРНОБЫЛЬ далекий и близкий

А.И. Воробьев



КГБ. Так не бывает, чтобы они секретные документы потеряли. Зачем их спрятали — не понимаю, это — мягко выражаясь — неправильно.

Мы, с Шахматовым планируя госпитальную часть аварии, полностью игнорировали негоспитальную, ту, которая находилась в ведении II-го главка — Гражданской обороны. Все разделено, мы были туда не вхожи: каждый знает только свой угол. Это, конечно, — ошибка. Что радиоактивный йод полетит в воздух, было ясно. Но наш отдел этим не занимался.

Борис Георгиевич Сафонов, заместитель министра, изумительный человек, блестящая фигура, сразу все взял в руки (министр был в Чернобыле). Каждое утро мы заседали сначала в Кремле, потом в Минздраве. Когда заговорили о радиоактивном йоде, он вызвал специалистов. Приехал вальняжный джентльмен из Ленинграда, который стал объяснять что-то насчет предупреждения попадания радиоактивного йода.

Сафонов слушал, слушал, потом говорит: «Если можно обойтись приемом настойки йо-

Как-то мы с Владимиром Ивановичем сели, взяли лист бумаги и «взорвали» атомную станцию. Посчитали, сколько народу будет поражено.

...в голову не могло прийти, что будет пожар, т. к. невероятно, чтобы крыша реактора могла быть накрыта горючим материалом. Нельзя было представить, и что пожарные на реакторе будут работать без сапог.

## ИнтерНьюс

**Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — более частое страдание пожилых людей, чем молодых, хотя частота и распространенность ее точно не установлены**

По сравнению с молодыми и взрослыми лицами у пожилых больных чаще встречаются тяжелый эзофагит и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, но при этом меньшая частота типичных симптомов. Возрастает частота рвоты, анорексии, потери веса, дисфагии, анемии, мелены. Поскольку у гериатрических пациентов симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не отражают истинного положения, заболевание протекает тяжелее, чем у молодых или больных среднего возраста, а ответ на медикаментозное лечение хороший, более агрессивная стратегия диагностики (включая в первую очередь эзофагогастродуоденоскопию) и лечения (в первую очередь применение ингибиторов протонной помпы) — наиболее приемлемая для данных пациентов.

**Источник:**

*Клиническая геронтология*  
2006, № 1

**Попытки объяснить, почему хронический стресс на работе приводит к метаболическому синдрому**

По мнению исследователей из Лондонского университетского колледжа, стресс на работе увеличивает риск развития метаболического синдрома, который в свою очередь приводит к диабету и заболеваниям сердца. Метаболический синдром диагностируется при сочетании четырех симптомов: ожирения в области живота («пивной живот»), гипертонии, повышенном содержании холестерина и повышении концентрации глюкозы в крови (при нормальном содержании инсулина). В исследовании принимало участие 10000 британских служащих. Исследователи выясняли у работников уровень стресса на протяжении последних 20 лет и сопоставляли полученные данные с наличием признаков метаболического синдрома, который определяли в период с 1997 по 1999 год. При оценке результатов учитывались такие факторы, как курение, пищевое поведение, злоупотребление алкоголем и физическая активность. Была обнаружена сильная зависимость между стрессовой обстановкой на работе и повышенным риском метаболического синдрома. Т. Чандола с коллегами выяснили, что у людей, испытывающих хронический стресс на работе, метаболический синдром развивается в два раза чаще, чем у тех, чья работа не сопряжена со стрессами. В западных странах от метаболического синдрома страдает примерно 25—35% населения. В возрасте старше 60 лет доля лиц с метаболическим синдромом составляет 42—43,5%.

В целом в США от него страдают порядка 47 млн граждан. Кардиологи утверждают, что метаболический синдром может быть обратим и поддается коррекции при смене образа жизни. В частности, благоприятное влияние оказывает повышение физической активности, снижение веса и отказ от курения.

**Источник:**  
*Medportal.ru*

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Придуман термин «высокие технологии» был в начале 90-х годов для того, чтобы «спасти» федеральные институты и центры от безденежья и гибели. На протяжении 15 лет эти учреждения получали деньги за оказание «высокотехнологичной» помощи, не стараясь определить, о чем же идет речь. Все попытки внести ясность в этот вопрос блокировались — государственное финансирование осуществлялось «по понятиям», и, как правило,



**Вы пишете, я вам посчитаю...**

больной «доплачивал» не меньшую сумму, чем государство. Нередко хирург продавал и стенты или суставы, а терапевт — редкие лекарства, необхо-



**Вы уверены?**

частности, к изменению сосудистой стенки.

Печально другое. Все эти технологии, которым нередко уже не один десяток лет, не распространялись по стране, наоборот, больные концентрировались в федеральных центрах. Однако попасть сюда могли 1—2% нуждающихся. Остальные оставались без помощи.

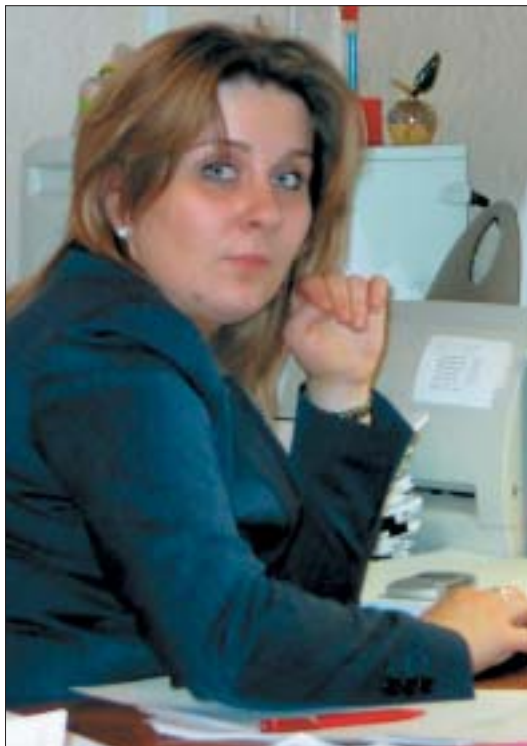
Конечно, в некоторых регионах страны имелись отдельные оазисы — то трансплантацию почки делают, то коронарная хирургия появляется. Впрочем, развитие этих направлений

## Высокие технологии станут доступнее

димые для дорогостоящей помощи. Такое положение устраивало всех, кроме больных, которые вынуждены с этим мириться.

Очевидно, прописать диагноза и к ним те процедуры — диагностики или лечения, которые уникальны и не могут выполняться в других — не федеральных клиниках — не составляло труда. Но эта работа никогда не делалась. И лишь волевым усилием, под сурдинку стандартизации эта проблема сдвинулась с мертвой точки. Теперь можно точно прочитать в каких ситуациях и какие методы относят к высоким технологиям. И задать неудобные вопросы. Например, является ли гемодиализ, перитонеальный диализ или плазмаферез высокой технологией. Или они выполняются повсеместно. Думается, что сегодня многие операции с использованием эндоскопической техники выполняются на уровне райбольниц и не должны быть отнесены к высоким технологиям. Завтра выйдут из этой категории и эндоваскулярные процедуры (стенты, окклюзии, клипирование аневризм).

Сегодня дорого, и потому практически никому не делается «заплата» на аневризму аорты до того, как она начала рваться. А ведь разрыв практически фатален. Оказывается, его можно предупредить малоинвазивной операцией. Не ясна дальнейшая судьба аневризм мозговых сосудов. Геморрагический инсульт не связан с повышением АД, а, скорее всего вызван разрывом истонченного, аневризматически измененного сосуда. Так как такие аневризмы сегодня закрываются через катетер, то возможно проблема геморрагического инсульта окажется решенной совсем с другого конца. Правда это не исключает необходимости лечения гипертонии, приводящей, в



**В.В. Мадьянова координирует все**

носит «случайный» бессистемный характер, редко координируется «профильным» институтом. Специалисты-то встречаются друг с другом, общаются, но административные вопросы никак не пересекаются с научными. Если специалист «вхож» к начальству — он может что-то сделать, а чаще услышит: денег нет. В целом доступность медицинской помощи в стране зависит от субъективных факторов.

Работа над стандартами высоких технологий выявила отрядную закономерность: оказывается, еще остались думающие и радеющие за свое дело специалисты. Есть молодые ребята, готовые воспринимать новые подходы и продвигать их дальше. Они понимают, что такое абстракция, виртуальные модели, затраты, технологии и другие мудреные понятия, мало доступные обычному врачу.

Вне зависимости от того, насколько окажется реализованной программа по высоким технологиям, очевидно, что работа над стандартами оказалась эпохальной. Разработано более 200 стандартов! Можно говорить о создании оптимального перечня лекарств для стационаров, основанного не на эмпирических заключениях экспертов, а на основании сложившейся практики ведущих учреждений страны. Среди них, конечно, не найдется места лекарствам с сомнительной эффективностью — за этим следили специалисты Формулярного комитета.

Стандарты основаны на едином перечне медицинских услуг — Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении, разработанной еще в 1992 г. В процессе работы в нее внесены изменения, но в целом Номенклатура оказалась приемлемой для решения задач структурирования медицинской деятельности. А главное — используя ее, можно посчитать, сколько реально стоит медицинская помощь. Сколько стоят услуги, сколько лекарства, сколько — стенты, импланты, сколько нужно заплатить медицинской организации, чтобы помощь, наконец, стала бесплатной для больного.

Сформировалась команда, готовая работать дальше над реализацией следующего проекта — разработки стандартов специализированной, т. е. повсеместной стационарной помощи. После окончания этого этапа работы уже просе будет вести речь о критериях (стандартах) для лицензирования, о



**Записать мысль, пока не убежала**

табелях оснащения медицинской техникой. Созданные стандарты будут способствовать тиражированию «высоких» технологий в стране. Если будет совершен обещанный следующий шаг — оплата по тендеру тем, кто может выполнить эти технологии, то развитие специализированной помощи резко ускорится, она станет доступна не единицам, а многим. Но до этого нужно дожить...

*Собственная информация*

У больного Сычева: язвы желудка с повторяющимися кровотечениями — март, прободная язва желудка, гангрена желчного пузыря и перитонит, острый аппендицит — февраль, гангрена пальца правой руки и ампутация фаланги пальца, тромбоз многих крупных вен и основных стволов системы нижней и верхней полых вен, тромбоз легочной артерии, сепсис, ампутация правой ноги в середине января, ампутация левой ноги 6 января. Диагноз тромбофилии вытекает из этого перечня.

В связи с несчастием, постигшим Андрея Сычева, могу сказать следующее:

От меня ждут осуждения «дедовщины»? Кто же ее не осуждает? Но никакой особой «дедовщины», исходящей именно от ребят 2-го года армейской службы, быть не может. Ребята 1-го и ребята 2-го года службы не могут качественно различаться. Если ребята 2-го года нападают на ребят 1-го года срочной службы в армии, значит, их искусственно стравливают. И заниматься нужно теми, кто их стравливает.

Мерзавцев, убивающих людей с иным цветом кожи, судят как хулиганов, но не как расистов. Их главарей и идеологов оставляют на свободе. Почему?

Андрей — в госпитале, кто-то сидит в тюрьме в Челябинске, который, по мнению одних, изувечил, по мнению других — просто не при чем. Разобраться должно следствие.

У Сычева редкое и крайне тяжелое наследственное заболевание — тромбофилия: гипергомоцистеинемия. Патология, при которой резко повышен риск тромбообразования. Эти больные живут совершенно нормально, не зная, что они больны. В раннем детстве система растворения тромбов довольно мощная, а с годами она слабеет и где-то в районе 18—20, а то и 30 лет, в связи с каким-то пусковым фактором (с инфекцией, травмой, стрессом), начинается тромбообразование.

Диагноз тромбофилии и его наследственной формы — гомозиготной, т. е. унаследованной от отца и матери, был

доказан с помощью исследования ДНК больного в середине февраля. Кстати, справедливость сказанного можно перепроверить когда угодно: сейчас и потом, так как ДНК больного остается неизменной на всю его жизнь.

Вопрос о достоверности интервью. Приезжаю в госпиталь, меня окружают множество телекамер, а потом вырезают из подробного объяснения маленький кусочек и добавляют свой большой текст. Вот Вам и «интервью»? Помню, как идем по лестнице, впереди Андрей Дмитриевич Сахаров, зади я. К нему подсказывают корреспонденты: «Андрей Дмитриевич, можно интервью?» Не поворачивая головы, без всяких эмоций, продолжая идти: «Только прямой эфир». Он абсолютно прав, если это не прямой эфир, могут сделать что угодно.

Была такая корреспондентка на телевидении, а я тогда работал в Рахмановском переулке. Она пришла по поводу забастовки врачей. Независимо от должности всегда считал, что врач права на забастовку не имеет, он не может отказать больному в помощи из-за каких-то своих проблем. А в институте Склифосовского врачи отказались оперировать и вышли на Колхозную площадь. Я корреспондентке сказал, что с моей точки зрения здесь непристойное поведение врачей. Но это — интервью. И она берет из моего выступления какие-то 2 фразы на тему, что у врачей низкая зарплата, и под это подставляет их забастовку. Получилось, что я одобрил их выход на площадь.

Потом она сделала больше, — уже без моего участия. Сказала, что прививки от дифтерии способствуют распространению СПИДа. Это передали в нескольких программах телевидения. Кончилось очень грустно: массовый отказ от прививок и на следующий год вспышка дифтерии в Москве, реальная вспышка. А с дифтерией не шутят, против нее нет антибиотиков. Это — телевидение. Оно делает, что хочет, и ты против него ничего не можешь.

А.И. Воробьев

## Некоторые факты в истории с Сычевым



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

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

#### Основные научные направления конференции:

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

Техническое обеспечение: оверхед, мультимедийная установка.

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

#### Важные даты

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

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

ным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.

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

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

#### Правила оформления тезисов:

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

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

#### Образец:

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

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

Телефон/факс: (095) 118-74-74.

E-mail: mtpndm@dol.ru

Web-сайты: www.zdrav.net; www.zdravkniga.net

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич

Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна  
Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна  
Секретарь Иванова Елена Юрьевна

## Интервью

### Что думают о нас пациенты

Подведены итоги первого всероссийского исследования, посвященного вопросам здравоохранения и качества жизни россиян, которое стало частью программы European Health Survey, впервые проведенной экспертами журнала Ридерз Дайджест в России и еще в 12 европейских странах.

В России на вопросы анкеты «Здоровье нации 2005» ответили 995 респондентов всех возрастных и социальных групп, представляющих все регионы страны. Всего в исследовании European Health Survey приняли участие 23592 респондента, выразивших свое мнение по поводу состояния системы здравоохранения, собственного здоровья, актуальных методов лечения и лекарственных средств.

Вот некоторые результаты исследования среди россиян: 59% опрошенных женщин и 54% опрошенных мужчин заявили, что обеспокоены состоянием своего здоровья. Причем наиболее актуальной проблемой для женщин являются боли в спине и головная боль (63% и 54% соответственно); 42% опрошенных россиян употребляют витамины, в то время как в Финляндии этот показатель равен 70%, а в Великобритании — 64%. Меньше всего витаминов принимают жители Нидерландов (39%); 56% считают рекламу лекарств и продукции для здоровья полезной; 47% полагают, что медицинские учреждения и фармацевтические компании заботятся только о прибыли; 69% опрошенных россиян обеспокоены качеством медицинского обслуживания; 56% практикуют йогу и медитацию; 75% опрошенных волнует стоимость медицинского обслуживания; 90% используют методы альтернативной медицины, причем самый популярный метод — лекарственные травы и сборы (их применяют 65%). Выше этот показатель только в Польше (68%). Среди пенсионеров самый популярный метод альтернативной терапии — также травяные сборы (65%), в то время как среди работающих россиян на 2 месте по популярности стоит йога (55%).

Источник:  
Advis.ru

### К фальшивому лекарству прилагалась инструкция с ошибками

Три лекарственных препарата сомнительного происхождения попали в поле зрения экспертов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Вызвала сомнение подлинность флуцинара, алфлутопа и омега.

Фармацевтам пришлось изъять из продажи мазь флуцинар серии 060304, ампулы с раствором алфлутопа серии 00200 и капсулы омега серии В50080. Отличить их от настоящих специалисты сумели даже визуально. Например, у поддельного флуцинара инструкция по применению была сложена втрое, тогда как у настоящей мази она согнута вчетверо. Грамматическая ошибка вкралась в инструкцию к алфлутопу — фальсификаторы советуют применять этот препарат при «астеоартрозе». А вот отличить поддельный омега от подлинного проще при ультрафиолетовом свете. Надпись «Dr. Reddy's OME3» на оригинальном препарате должна быть выполнена точками. На фальсификате эти точки неразличимы.

Источник: tk.ru

## ИнтерНьюс

**Анализ в подгруппах, проведенный для ряда недавних кардиологических клинических испытаний, имеет ряд недостатков и может привести к ошибкам**

Д-р А. Хернандез и соавт. (Медицинский Центр Университета Эрасмус, Роттердам, Нидерланды) проанализировали результаты 63 клинических испытаний III фазы, включавших не менее 100 пациентов. Все результаты были опубликованы в 2002—04 гг., в таких престижных журналах, как *Circulation*, *American Heart Journal*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine*. Как правило, анализ в подгруппах был более типичен для крупных испытаний (более 500 участников), чем для испытаний меньшего масштаба. В целом, анализ в подгруппах был приведен для 39 испытаний, в 26 случаях имелось более пяти подгрупп. Ни одно исследование не имело достаточной статистической силы для выявления различий в подгруппах, и лишь в 14 испытаниях подгруппы были четко определены заранее. Нередко отсутствовало четкое описание подгрупп, выделенных до начала исследования это происходило уже в процессе набора пациентов, либо даже после выполнения первичного статистического анализа. Поправки на эффект множественных сравнений были выполнены лишь в 30% рандомизированных контролируемых клинических испытаний, предполагавших анализ данных в подгруппах. Тем не менее, в 21 исследовании было сообщено о достоверных межгрупповых различиях, и в 15 основной акцент делался не на общие результаты, а на результаты в отдельных подгруппах участников. Такие недочеты могут привести к принятию неверных терапевтических решений, предупреждают авторы.

**Источник:**

*Am. Heart. J. 2006;151: 257-64*

**Международное Движение за Здоровье (Health Action International, HAI), Всемирная организация здравоохранения и Евросоюз опубликовали обширный обзор об обучении по вопросам продвижения лекарств студентов медицинских и фармацевтических учебных заведений в более чем 60 странах мира**

Обучение студентов-медиков и фармацевтов играет ключевую роль в подготовке будущих практических работников к тому, как правильно отвечать на приемы продвижения лекарств.

Опрос преподавателей медицинских и фармацевтических ВУЗов, проведенный HAI и ВОЗ в 2005 году, выявил, что в то время, как большинство респондентов включают обучение по вопросам продвижения лекарств в обязательную программу обучения, только половина учебного дня или меньше посвящаются этому важному вопросу при профессиональной подготовке студентов. В 1/3 части случаев медицинские школы выделили этому вопросу только 1—2 часа в рамках общего курса фармакологии или клинической фармакологии или фармакотерапии. Малое число студентов обучаются тому, как отвечать на требование пациентов назначать рекламируемые лекарства, несмотря на то, что прямая реклама потребителю (*direct-to-consumer advertising*) лекарств, отпускаемых только по рецепту, и другие технологии продвижения лекарств непосредственно потребителю становятся все более распространенными.

**Источник:** E-DRUG

**А.И. Воробьев. Начало на стр. 2**

Андрей Дмитриевич Сахаров, когда рассчитывал вред от водородной бомбы, исходил из мысли: все равно, 100 рентген получит один человек или 100 человек по одному рентгену. Это — заблуждение. Потому что у радиоактивности есть доза-эффект, а есть понятие мощность дозы-эффект. Пример: если вы, рассердившись на своего внука, дали ему 100 раз по попе, он скажет «Дедушка, больше не буду». А можно ту же суммарную энергию дать за один раз и убить наповал. В этом и есть мощность дозы-эффект.

Мы никогда не говорили об этом как об открытии, у него нет никакого автора. Имеет ли это отношение к радиации? Разрывы хромосом репарируют, восстанавливаются: есть ферментная система, которая «заштопывает» повреждение ДНК. Если же хромосомы разорваны в нескольких частях из-за того, что доза мощная, «заштопываться» ДНК не будет, появится много транслокаций и, возможно, появится опухоль.

Мы не доказали, что эти носители горячих частиц получили плутоний, но другого ничего не придумаешь. Человечество должно знать предельно допустимую дозу. Единственный шанс, где оно могло это узнать, был Чернобыль. Больше нигде, потому что можно сказать, что 5 Рад в год — это стандартная безвредная доза атомной промышленности, принятая во всем мире. 5-безвредно, а 15? При малой мощности — безвредно. А 20? Люди в Чернобыльской катастрофе получили за год 20—40 Рад, это проверено по хромосомному анализу, и эти нарушения скапливаются в костном мозге, в лимфоцитах: в них суммарная доза до 60 Рад. И чем они заболели? — ничем. Или — пока ничем.

Из-за безалаберности, из-за каких-то отношенческих проблем, из-за того, что некоторые были заинтересованы приуменьшить дозовую нагрузку, чтоб потом ответственность за последствия снять, вот такого открытия, заявленного, что «пролонгированное облучение в дозе 10—20—30 БЭР в год безопасно», не было. А заявление это должно быть. Но одно надо сказать твердо — предельно допустимые дозы есть.

Носители горячих частиц — это особая популяция людей, которая человечеству не была известна до ядерных времен. И что они собой представляют, и в какой мере это опасно, судить очень трудно, потому что клетки с подобными повреждениями погибают в первом же митозе. Сейчас наибольший материал по этому контингенту лиц у Николая Борисовича Ривкинды в Брянске. Первой заметила это Елена Васильевна Домрачева, сейчас она у нас работает, она с нами пришла из Института Биофизики. Тогда еще Марина Давыдовна Бриллиант была жива, это ведущие специалисты по острой лучевой болезни.

Все исследования, показавшие ухудшение здоровья населения вокруг Чернобыля, скорее всего домыслы. Нет учащения ни одного заболевания, кроме рака щитовидной железы. Но на щитовидную железу приходились дозы в сотни рад.

У всех работавших в зоне аварии был кашель. «Химический» кашель? Возможно. Возможно, это был кашель за счет действия коротко живущих альфа-частиц. Проникающая способность альфа-частиц — доля миллиметра. В 7-й больнице у всех пострадавших был стоматит, странная бессимптомная «ангина» — видимо, того же происхождения. Многие чувствовали «металлический вкус» во рту сразу после аварии. Последствий этого мы не знаем. Раков легких, раков гортани, связанных с этим повреждением, нет. Ощутимого вреда здоровью людей это местное лучевое поражение пока не принесло. Все разговоры о каких-то катастрофических потерях здоровья — ошибка. Я читал массу работ по снижению иммунитета: это не так.

Откуда тысячи «чернобыльцев»? Это как получение пенсии по старости: на самом деле пенсию нужно давать по здоровью, а не по календарю, а дают по календарю, так принято. А тут дают пособие по названию: «был в Чернобыле». Получай бесплатное проживание или еще что-то. Это другая проблема, по сути, проблема попытки как-то оплатить участникам их работу. Под чернобыльцев списываются миллионы. В стране денег хватает. Если уже однажды раздали льготы по Чернобылю, закройте этот вопрос, дайте мы выйдем, тогда на этом все закончится. Потому что отбирать льготы нельзя, это порождает социальный конфликт.

Подряд две тяжелейших аварии было: Чернобыльская и Армянское землетрясение. И там и там был Рыжков (он — человек предельно скромный, он нигде себя не выпячивал), но я могу твердо сказать, что работы были серьезно организованы. И там и там были иностранцы — ни по Чернобылю, ни по Армении ни одного упрека медицине не было.

**Но одно надо сказать твердо — предельно допустимые дозы есть.**

**Носители горячих частиц — это особая популяция людей, которая человечеству не была известна до ядерных времен. И что они собой представляют и в какой мере это опасно, судить очень трудно...**

**Под чернобыльцев списываются миллионы. В стране денег хватает. Если уже однажды раздали льготы по Чернобылю, закройте этот вопрос, дайте мы выйдем, тогда на этом все закончится.**

**Наш Минздравсоцразвития, как известно, не правопреемник бывшего Минздрава. Официально. На него не распространяется ничего из того, что было до него. Вся культура медицинская прошлых десятилетий отменена, ее нет. То, что сейчас происходит, это достаточно организованный развал остатков здравоохранения.**

В начале мая 1986 г. была пресс-конференция. Лигачев сказал, что будет докладывать Гейл. А почему не Воробьев? «Ну, хорошо, пусть докладывают вместе.» А когда мы приехали на пресс-конференцию, туда же приехал Хаммер. Меня отзывают клерки и говорят: «Андрей Иванович, а у нас нет разрешения на Хаммера, Вы договоритесь с Чазовым, чтоб он его забрал куда-нибудь». Хаммера Чазов остановить не может. Ну а что делать, разрешения-то нет, нужно разрешение минимум замминистра, а в субботу никого нет. Полчаса проходит, час проходит, полный зал журналистов, мы сидим, пьем чай за кулисами. В результате Хаммер взял на себя половину конференции: рассказал, насколько хорошо в госпитале, как хорошо всех лечат, какие условия, какой уровень медицины. Вопросы мы знали, готовились. Пресса готовилась, чтоб нас смешать с грязью. Ничего не вышло, все у них развалилось. Корреспонденты ушли спокойные, довольные.

По-моему, по Чернобылю меньше всего вранья. Скрыли дозу у ликвидаторов, но за это должно отвечать только управление госбезопасности. Дозы у населения мы знаем, хотя они выборочные. В основном речь идет о радах, очень небольшой процент жителей получает десятки рад, больше 100 рад реально никто среди населения за пределами 30-километровой зоны не получил.

Вопрос «зачем этим людям выплачивают деньги, дают жилье, лечат» я не буду обсуждать. Был выдвинут тезис об особой психологической нагрузке. И Чернобыль был представлен как психологический стресс. Мне трудно участвовать в этой дискуссии, не берусь. В 37 году стресс был меньше?

Во время Отечественной войны я был в детском доме, его эвакуировали, сначала под Скопин, потом, за 4 дня

до прихода туда немцев, отправили эшеленом в Молотовскую область. Везли нас месяц в обычном «телячьем» вагоне. Был ноябрь, декабрь, морозы доходили до -20, отапливали тем, что могли награть на остановках. Отморозил себе большие пальцы ног. И хотя эвакуировали, наверное, около 1000 человек, твердо знаю — ни один не умер. Голод был страшный, вши, но никакой эпидемии тифа не было. То, что во время Отечественной войны организация была на 2 порядка лучше чем теперь, в этом сомнений нет. Была колоссальная ответственность. Пути эвакуации известны, транспорт подавали, перегон скота был осуществлен.

Наш Минздравсоцразвития, как известно, не правопреемник бывшего Минздрава. Официально. На него не распространяется ничего из того, что было до него. Вся культура медицинская прошлых десятилетий отменена, ее нет. То, что сейчас происходит, это достаточно организованный развал остатков здравоохранения. Принят закон по донорству, не согласованный ни с Минздравом, ни с кем-либо из специалистов. По этому закону заготовка и хранение

компонентов крови разрешены только учреждениям субъектов федерации. Мы говорим министру, что закон немедленно подлежит отмене, потому что по этому закону хранить плазму родильный дом не может, значит, родильницу от кровотечения он теряет. Железнодорожные больницы — теперь же это акционерные общества — тоже не могут заготавливать и хранить кровь. Хирург идет на полостную операцию, не имея запаса плазмы, эритроцитов. Получается, что по закону возможна потеря больного. Расчет на то, что на закон всем начихать. Я это все написал, об этом сказал в Думе, в Совете Федерации. Минздрав как отнесся к этому? Никак.

Войну мы выиграли потому, что была хорошая тяжелая промышленность, которую создал фельдшер по образованию Г.К. Орджоникидзе; не лично он, но — под его руководством. А вся профилактическая медицина расписана была до деталей Григорием Наумовичем Каминским, он был первым Наркомом здравоохранения СССР (а Н.А. Семашко — РСФСР). Так у него было 2 курса мединститута. Но это был высочайшего класса профессионал.

Любая катастрофа должна быть смоделирована заранее. Моделирование и руководство работы при катастрофе должно осуществляться первыми лицами, на государственном уровне.

Если авария, подобная Чернобылю, случится сейчас, все будет значительно хуже: помощь при землетрясении в Нефтегорске была хуже организована, чем при армянском. Страна не хочет готовиться ни к войне, ни к катастрофам. Нам нужно будет сразу сдаваться, у нас нет антибиотиков, уничтожена антибиотическая промышленность, у нас исчезли организационные возможности, умение и навыки.

Подготовила  
А. Власова

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** гиперметропия

**Код по МКБ-10:** H 52.0

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 22 ноября 2004 г. № 251

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью пробных линз	1	1
A02.26.024	Исследование бинокулярных функций	1	1
A02.26.023	Исследование аккомодации	0,5	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,3	1
A02.26.014	Скиаскопия	0,2	1
A03.26.007	Лазерная ретинометрия	0,2	1
A03.26.007	Рефрактометрия	0,8	1
A04.26.001	Ультразвуковое исследование глазного яблока	0,01	1

**1.2. ЛЕЧЕНИЕ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,5	1
A02.26.004	Визометрия	0,5	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью пробных линз	1	1
A02.26.023	Исследование аккомодации	0,5	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,03	1
A02.26.014	Скиаскопия	0,1	1
A03.26.007	Лазерная ретинометрия	0,03	1
A03.26.007	Рефрактометрия	0,3	1
A04.26.001	Ультразвуковое исследование глазного яблока	0,05	1
A23.26.001	Подбор очковой коррекции	1	1
A17.26.005	Электростимуляция зрительного нерва	0,01	1
A17.26.004	Электростимуляция цилиарного тела	0,01	1
A22.26.012	Лазерная стимуляция сетчатки при амблиопии	0,03	1
A22.26.014	Лазерная рефракционная кератопластика	0,001	1
A23.26.002	Подбор контактной коррекции	0,9	1

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕМОРРОЕМ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** геморрой

**Код по МКБ-10:** I84

**Стадия:** любая

**Осложнение:** без осложнений

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 18 февраля 2005 г. № 144

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.19.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	1
A01.19.002	Визуальное исследование при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	1
A01.19.003	Пальпация при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	0,5	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A03.19.001	Ректоскопия	1	1
A03.19.002	Ректороманоскопия	1	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,1	1

**1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 7 ДНЕЙ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.19.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	2
A01.19.002	Визуальное исследование при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	2
A01.19.003	Пальпация при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	2
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	0,5	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A03.19.001	Ректоскопия	1	1
A03.19.002	Ректороманоскопия	0,3	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,05	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,7	1
A19.18.001	Лечебная физкультура при заболеваниях кишечника	0,3	1
A25.19.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сигмовидной и прямой кишки	1	2
A25.19.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях сигмовидной и прямой кишки	1	2
A25.19.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сигмовидной и прямой кишки	1	2

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания			0,03		
Средства, влияющие на систему свертывания крови			0,8		
Гепарин натрий			0,8	1 г	4 г

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

### Программа заседаний МГНОТ на май-июнь 2006 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
<b>10 мая 2006 года, среда в 17.00</b>	<b>Заседание Правления и Ревизионная комиссия</b>
<b>10 мая 2006 года, среда в 17.30</b> Проф. П.С. ВЕТШЕВ, доцент Л.И. ИППОЛИТОВ, к. м. н. Ф.А. ШПАЧЕНКО (ММА им. И.М. Сеченова).	<b>Желчнокаменная болезнь: кого, когда и как оперировать?</b> В докладе будут рассмотрены вопросы, имеющие большое значение для врачей терапевтов. Будет представлен сравнительный анализ отечественных и зарубежных исследователей по вопросам показаний к операциям при ЖКБ, выбора метода хирургического лечения и оптимальных сроков его выполнения. С учетом принципов доказательной медицины проанализированы преимущества и недостатки различных видов операций.
<b>24 мая 2006 года, среда в 17.30</b> Академик РАМН А.В. ПОКРОВСКИЙ (ГУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН).	<b>Можно ли предотвратить инсульт?</b> В России в настоящее время инсульт является второй наиболее распространенной причиной смертности. Ежегодно инсульт развивается у 450 тыс. населения. 80% инсультов имеют ишемический генез и обусловлены наличием атеросклеротической бляшки в бифуркации сонной артерии. В настоящее время диагностика поражения сонной артерии возможна при проведении неинвазивного исследования (при дуплексном сканировании). Важно подчеркнуть, что 70% инсультов развивается без всяких предвестников, поэтому операция должна делаться профилактически, учитывая, что летальность при ишемическом инсульте составляет 40%, а инвалидность — дополнительно у 50% больных. Опыт сосудистого отделения Института хирургии им. А.В. Вишневского насчитывает около 2000 операций и подтверждает, что в течение 15—20 лет после операции свыше 90% больных являются асимптомными и не имеют никаких нарушений мозгового кровообращения, что свидетельствует о высокой эффективности хирургического вмешательства.
<b>14 июня 2006 года, среда в 17.00</b>	<b>Заседание Правления и Ревизионная комиссия</b>
<b>14 июня 2006 года, среда в 17.30</b> Доктор мед. наук Н.А. Новикова (ММА им. И.М. Сеченова) З.В. Архангельская (ММА им. И.М.Сеченова).	<b>Особенности течения и терапии аритмий сердца у женщин.</b> Практическим врачам недостаточно известны особенности течения и медикаментозной терапии нарушений сердечного ритма у женщин. В докладе рассматриваются особенности клинического течения и терапевтической тактики при пароксизмальных тахикардиях у женщин различных возрастов. <b>Внезапная смерть у двух молодых женщин (клиническая демонстрация).</b>
Секционные заседания	
<b>Секция клинической геронтологии и гериатрии</b> в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
<b>18 мая 2006 года, четверг в 17.00</b> Д. м. н. Б.К. РОМАНОВ	<b>Побочные действия лекарств у лиц пожилого возраста.</b>
<b>Секция профилактической медицины и профессиональных болезней</b> В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
<b>17 мая 2006 года, среда в 15.00</b>	<b>«Ежегодные Тареевские дни» в ММА им. И.М. Сеченова совместно с секциями нефрологии и иммунопатологии и профилактической медицины и профессиональных болезней и Научного общества нефрологов России.</b> <b>«К 75-летию со дня рождения члена-корр. РАМН, профессора И.Е. Тареевой (1931—2001 гг.).</b> 1. Проф Е.М. ШИЛОВ, доц. Н.Л. КОЗЛОВСКАЯ. Волчаночный нефрит в начале XXI века. 2. Проф. И.М. КУТЫРИНА, к. м. н. М.Ю. ШВЕЦОВ, Т.Е. РУДЕНКО. Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений на додиализной стадии почечной недостаточности. 3. К. м. н. И.Н. БОБКОВА, проф Л.В. КОЗЛОВСКАЯ. Мочевые тесты в оценке прогрессирования гломеруло-нефрита
<b>18 мая 2006 года, четверг в 16.00</b>	<b>«Ежегодные Тареевские дни» в ММА им. И.М. Сеченова совместно с секциями нефрологии и иммунопатологии и профилактической медицины и профессиональных болезней и Научного общества нефрологов России.</b> Годичная конференция кафедры терапии и профессиональных болезней «ЭСТАФЕТА ПОКОЛЕНИЙ»
<b>Секция неотложной терапии.</b> В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
<b>23 мая 2006 года, вторник в 16.00</b> Председатели: С.А. Бойцов, А.П. Голиков. Докладчики: Н.В. Строгина, К.В. Лядов, В.П. Тюрин и др.	<b>Тромбоэмболия легочной артерии в многопрофильном стационаре. Новые подходы к диагностике, лечению и профилактике.</b>
<b>Секция ревматологии:</b> В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34	
<b>16 мая 2006 года, вторник в 16.00</b> 1. Проф. Н.Г. ГУСЕВА, О.В. ДЕСИНОВА, к. м. н. М.Н. СТАРОВОЙТОВА	<b>1. Оверлап — синдром на модели системной склеродермии.</b> <b>2. Демонстрация больных</b>
<b>6 июня 2006 года, вторник в 16.00</b> Д. м. н. Г.В. ЛУКИНА, к. м. н. Е.Л. ЛУЧИХИНА, д. м. н. Д.Е. КОРОТЕЕВ, проф. Я.А. СИГИДИН.	<b>Возможно ли остановить прогрессирование ревматоидного артрита?</b>

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

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

Правление МГНОТ

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ  
АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО  
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
от 14.09.2005 г.**

**Сопредседатели секции:** Член-корр. РАМН, проф. А.И. Кириенко, проф. В.А. Парфенов, проф. М.П. Савенков

**Оппонент:** проф. П.А. Воробьев

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

**Повестка дня:** «Атеротромбоз. Причина или результат?»

Заседание открыл А.И. Кириенко, поздравив участников с новым учебным годом, предоставил слово докладчикам.

**1. Проф. М.П. Савенков (ГОУ ВПО РГМУ).**

Атеротромбоз — два процесса: атеросклероз и тромбоз, связанные между собой, и разделить их трудно. Это системное прогрессирующее заболевание, характеризующееся образованием тромба в артериях. Представив сложный механизм тромбообразования, выделил его главное звено. Это, прежде всего, повреждение сосудистой стенки (образование атеросклеротической бляшки, ее разрыв) и агрегация тромбоцитов в месте повреждения. Процесс это длительный, необратимый и заканчивается развитием инфаркта миокарда, инсульта или тромбоза сосудов нижних конечностей (гангрена). Такие атеротромботические осложнения занимают первое место среди причин смерти больных. Однако в последние годы появились новые препараты, которые могут влиять на этот сложный процесс и управлять им. Подробно изложив лечение атеротромбоза, еще раз подчеркнул, что это полисистемное заболевание (например, при лечении больного с инфарктом миокарда надо думать о возможном поражении сосудов нижних конечностей и т. д.). Далее акцентировал внимание врачей на двух группах препаратов, используемых при данной патологии. К первой относятся замедляющие развитие бляшки (отложение холестерина), а ко второй — обладающие антиагрегантным действием. Первая группа — статины, но и они тоже могут давать нежелательные побочные эффекты. Из второй группы (антиагреганты) акцентировал внимание на двух препаратах: Аспирин и Клопидогрел. Далее докладчик, изложив механизм их действия, представил схемы лечения. Кроме того, отметил антиагрегантные средства тиаенопиридинового типа (Тиклопидин и др.). Тиклопидин вместе с Клопидогрелем имеют преимущество перед Аспирином, особенно в группе больных, которым предстоит ангиопластика, стентирование или аорто-коронарное шунтирование. В заключение сказал, что для лечения атеросклероза, инфаркта миокарда, инсульта уже существуют стандарты и врачи обязаны их придерживаться.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** Как долго давать Клопидогрел больному после операции?

**Ответ:** Не меньше года.

**Вопрос:** Стоимость препарата в таких случаях учитывается?

**Ответ:** Да, обязательно и больному необходимо об этом говорить.

**Вопрос:** Можно назначать Клопидогрел вместе с Аспирином?

**Ответ:** В некоторых случаях да, учитывая их разный механизм действия, но следует иметь в виду, что возможность

развития нежелательного побочного действия (кровотечение) повышается.

*Замечание П.А. Воробьева.*

Инфаркт миокарда и инсульт — это не тромбоз сосуда, а эмболия с поверхности разваливающейся атеросклеротической бляшки, что принципиально для лечения.

**Ответ М.П. Савенкова:** Не согласен только с такой трактовкой. Инфаркт миокарда — прежде всего осложнение атеротромбоза, и при комплексном лечении таких больных необходимо воздействовать на атеросклеротическую бляшку. К сожалению, мы не дорабатываем в этом плане.

**2. Проф. А.И. Кириенко (ФУВ РГМУ).** Взгляд хирурга на проблему.

В докладе обсуждается проблема тромбоза сосудов нижних конечностей с позиции хирурга. Перечислив факторы риска периферического атеротромбоза (гиперлипидемия, курение, возраст старше 70 лет и т. д.) и клинические симптомы тромбоза сосудов нижних конечностей, изложил тактику хирурга в таких случаях. Хирургическое лечение заключалось раньше только в удалении тромба. Однако это не так, эффект был кратковременный и возможность развития рецидива тромбоза оставалась большой. Тромбоз — результат прогрессирования, прежде всего, атеросклероза и при развитии стеноза артериального сосуда у 70—75% больных развивается тромбоз. Тактика хирурга должна заключаться не только в удалении тромба или проведении регионарного тромболитика, но и в проведении шунтирования или эндоваскулярной дилатации и стентирования. Далее докладчик, показав новые технологии этих манипуляций при тромбозе бедренной артерии, акцентировал внимание врачей на том, что после таких вмешательств больных необходимо наблюдать длительно



но и лечить антиагрегантными препаратами, иначе будет рецидив тромбоза. В этой связи хирургам следует направить к терапевтам больных, перенесших операцию по поводу тромбоза периферических сосудов. Если хирург этого не сделает, то рецидив заболевания может наступить очень быстро.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** Куда конкретно можно направить больных с тромбозом периферических сосудов?

**Ответ:** Институт хирургии им. А.В. Вишневского; больница № 57; № 15; № 7 и др.

**3. Проф. В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова).** Взгляд невролога на проблему.

В докладе обсуждается проблема инсульта. Смертность при инсульте составляет 20—30%, инвалидность у выживших людей достигает 60—80%. Повторные инсульты в течение 5—7 лет возникают у 30% больных. Ежегодно в России регистрируется более 400000 инсультов. Показав механизм развития инсульта, отметил, что из них ишемические инсульты составляют 60—80%. Докладчик, выделив подтипы ишемического инсульта (атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный), остановился более подробно на атеротромботическом инсульте, который составляет 20—40% из всех ишемических инсультов. Диагноз атеротромботического инсульта основывается на остром развитии очаговых неврологических нарушений и результатах инструментального исследования. При этом подчеркнул, что диагноз будет достоверным только после проведения рентгенокомпьютерной томографии или ядерномагнитнорезонансной томографии головы. Точность диагноза «инсульт»

*Продолжение на стр. 8*

**ИнтерНьюс**

**Как бросить курить? Спросите в Кохрейне**

В базе данных систематических обзоров Кохрейновского сообщества представлено несколько обзоров исследований, посвященных методам, направленным на отказ от курения. Выводы исследователей неутешительны: большинство методов либо неэффективны, либо мало эффективны, либо исследований недостаточно, чтобы высказаться об эффективности положительно. К таким методам следует отнести иглоукалывание, массаж биологически активных точек кожи, лазерное воздействие на них и электростимуляцию, гипнотерапию, методы, использующие отвращение к курению.

Куда более эффективны методы работы с человеком: занятия в группе, индивидуальные рекомендации медицинских работников, включая — внимание! — стоматологов. Хорошие результаты оказались при работе с курильщиками на работе, хотя премирование бросивших курить оказалось не столь эффективным, как представлялось. Важно, что одного желания бросить курить — недостаточно, важна активная поддержка этого намерения окружающими.

Очень много надежд возлагается на средства массовой информации (уменьшение рекламы, создание отрицательного имиджа курильщика) и на запрет продажу курева молодым. К сожалению, эти методы не столь эффективны, последний метод часто не находит поддержки в обществе и многие продолжают продавать подросткам сигареты. Эти данные свидетельствуют еще раз — бороться за отказ от курения должен каждый специалист, работая прежде всего индивидуально, при этом хорошо и запугивания, и ограничения, и положительные эмоции. Только общими усилиями можно победить это зло.

*Собственные данные*

**Репродуктивные функции можно сохранить у женщин в возрасте после 40 лет**

Исследователи из Гарвардской Медицинской Школы подвергли сомнению сложившееся мнение о том, что число женских яйцеклеток заранее определяется при рождении и уменьшается с возрастом. Мышиный и человеческий организмы очень схожи и поэтому считалось, что, как и человек, мышь с возрастом теряет репродуктивные способности. Но, как оказалось, мышь способна размножаться вплоть до смерти, подобно кошкам.

Если ученые могут доказать, что те же самые способности присутствуют и у людей, это не только бы изменило наш взгляд относительно биологии развития женских яйцеклеток, но и могло бы также способствовать развитию методик по продлению репродуктивного периода у женщин. Профессор репродуктивной биологии Джонатан Тилли был одним из членов команды, обнаружившей клетки мышей, которые восстановили и поддерживали функцию образования новых фолликулов. Несмотря на высокий процент потери фолликулов с возрастом, самки мышей все же сохраняли здоровые яйцеклетки намного дольше, чем ожидали ученые. Тилли и его коллеги теперь пробуют идентифицировать характеристики этих клеток, чтобы впоследствии попытаться обнаружить аналогичные у людей. Возможно, такие клетки можно изъять и заморозить, а затем пересадить в яичники женщинам для стимуляции роста и созревание фолликулов.

*Источник: Medicus.ru*

**V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС**

**«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА — ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ».**

**25—29 сентября 2006 года** Министерство здравоохранения Хабаровского края и институт повышения квалификации специалистов здравоохранения проводят в городе Хабаровске **V Международный конгресс «Доказательная медицина — основа современного здравоохранения».**

Оргкомитет приглашает принять участие в конгрессе специалистов всех направлений клинической медицины, организаторов здравоохранения и системы лекарственного обеспечения, средних медицинских работников.

Научная программа конгресса включает научно-практические конференции по клинической фармакологии и фармации, офтальмологии, реаниматологии и анестезиологии, хирургии, акушерству и гинекологии, организации здравоохранения, терапии, гериатрии, сестринскому делу по проблемам: общие и частные вопросы рациональной фармакотерапии; фармакоэкономика; фармакоэпидемиология; структурное реформирование в здравоохранении; фармакотерапия в педиатрии; фармакотерапия в гериатрии; антибактериальная фармакотерапия; вопросы офтальмологии; фармакотерапия в акушерстве и гинекологии; вопросы реаниматологии и анестезиологии; общие и частные вопросы хирургии; лекарственное обеспечение лечебно-профилактических учреждений и населения; побочные действия лекарственных препаратов.

Материалы конгресса будут опубликованы в сборнике тезисов. Для публикации необходимо представить до **25 июня 2006 года** в оргкомитет заявку и тезисы.

Оргкомитет конгресса: [rec@ipksz.khv.ru](mailto:rec@ipksz.khv.ru), т. (4212) 72-87-15; 72-87-37

С участием МООФФИ [WWW.RSPOR.RU](http://WWW.RSPOR.RU)

## ИнтерНьюс

**У курильщиков хуже функциональные исходы через три месяца после перенесенного инсульта по сравнению с никогда не курившими**

Д-ром Б. Овбиэйжел (Калифорнийский Университет, Лос-Анджелес) был выполнен вторичный анализ данных исследования IMAGES (Intravenous Magnesium Efficacy in Stroke). В это исследование вошли 2386 больных с острым инсультом, из которых 1771 никогда не курил, и 615 курили в прошлом, либо продолжали курить. Через 30 дней после развития инсульта у 75% курильщиков и 76,6% некурящих баллы по модифицированной шкале Rankin были не менее 1, что означало плохой функциональный исход. Тем не менее, после поправки на возраст, пол, артериальное давление, исходные баллы по шкале Glasgow Coma Scale, наличие фибрилляции предсердий и сахарного диабета, оказалось, что у курильщиков увеличена в 1,33 раза вероятность неблагоприятного функционального исхода спустя 30 дней по сравнению с некурящими. Хотя 69% курильщиков и 71% некурящих имели балл по шкале Rankin не менее 1 через 90 дней, по данным мультивариационного анализа вновь оказалось, что вероятность неблагоприятного функционального исхода у курильщиков выше в 1,38 раза. При использовании Barthel Index наблюдалась та же тенденция. Тем не менее, различий в смертности, как через 30, так и через 90 дней после инсульта, между курящими и некурящими отмечено не было.

**Источник:**  
Cerebrovasc Dis 2006;  
online first

**Ученые предлагают молодым женщинам замораживать их яйцеклетки, тем самым откладывая материнство до лучших времен, и делать успешную карьеру**

Доктора предполагают, что благодаря новым методам замораживания и хранения яйцеклеток, к 2015 году многие женщины будут делать выбор в пользу отсроченной на 10—15 лет беременности. В настоящее время только нескольким дюжинам женщин в Великобритании заморозили их яйцеклетки. Эта процедура в большинстве случаев выполняется по медицинским показаниям, например, у женщин, нуждающихся в химио- или рентгенотерапии, и только в единичных случаях — по желанию женщины. Пока чаще замораживанию подвергают оплодотворенные яйцеклетки, из-за меньшего в процентном отношении содержания воды в клетке. При использовании текущих методов есть опасность, что яйцеклетка будет повреждена в течение процесса замораживания. Д-р С. Фишль, директор Центра Репродукции в Ноттингеме, предсказывает социальную революцию, т.к. женщины получат возможность делать карьеру без страха лишиться радости материнства в зрелом возрасте. В прошлом году ученые из Университета Мичигана сообщили о хороших результатах в опыте с мышами витрификации яйцеклетки — метод, при котором вода извлекается и заменяется веществом, которое действует как антифриз. Японские ученые сообщили об успешной беременности и родах здорового ребенка у женщины, яйцеклетка которой была оплодотворена и помещена в матку после витрификации. Шестнадцать клиник в Великобритании предлагают услуги по замораживанию и хранению яйцеклеток. Одна из них в Aldridge, где замораживания проводятся начиная с 2000 года.

**Источник:** Qyl.ru

Начало на стр. 7 ➔

является важным, т.к. лечение будет разным. Далее в докладе обсуждается тактика ведения и лечения больных с атеротромботическим инсультом, дано обоснование назначения Аспирина и Клопидогреля в таких случаях и рекомендации по проведению вторичной профилактики: исключение известных факторов риска, прием не только антиагрегантов, но и препаратов из группы статинов.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** Какая роль вертебробазилярной недостаточности в развитии ишемических инсультов?

**Ответ:** Не имеет значения. Роль дегенеративных нарушений позвоночника преувеличена.



**Вопрос:** Массаж делать при атеротромботическом инсульте можно?

**Ответ:** Нет или крайне осторожно.

**Ремарка П.А. Воробьева.**

Патология позвоночника — это другая тема, которая требует обсуждения, и мы, по видимости это сделаем. Больных с инсультом следует лечить по стандартам, в них есть все — перечень лекарств, методов лечения и т.д. Незнание стандартов лечения не освобождает врача от ответственности.

В заключение А.И. Кириенко сказал, что такое совместное обсуждение атеротромбоза будет способствовать лучшему пониманию друг друга. Хирурги должны работать вместе с эндоваскулярными специалистами, кардиологами, терапевтами в одной команде. Такая преемственность важна для снижения тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Поблагодарил за внимание.

## ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

*Главному редактору Вестника МГНОП  
профессору Воробьеву П.А.  
Глубокоуважаемый Павел Андреевич!*

*В номере газеты Вестник МГНОП № 23 был опубликован стандарт медицинской помощи больным с язвенной болезнью, утвержденный 22 ноября 2004 года.*

*Актуальность язвенной болезни обусловлена хроническим, рецидивирующим течением заболевания, с склонностью к осложнениям, развитием которых требует немедленной стационарной помощи и, зачастую, оперативного лечения.*

*Кроме того, и гастроэзофагеальная рефлексная болезнь (ГЭРБ) в последнее время приобретает большую актуальность, в том числе и в России — у 15—40% населения периодически имеют место изжога и другие проявления заболевания. Среди таких пациентов почти у половины выявляется эрозивный эзофагит. Не леченная или неадекватно леченная ГЭРБ связана с риском осложнений, таких, как стриктуры пищевода, кровотечения и развитие пищевода Баррета, который рассматривается в настоящее время как предраковое состояние.*

*В настоящее время для лечения этих заболеваний применяются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Эффективность данных препаратов напрямую зависит от силы и продолжительности действия, а это, в свою очередь, во*

*многом определяет применяемая стандартная доза препарата. Из всех зарегистрированных в России ИПП оптимальный антисекреторный эффект имеет высокотехнологичный ингибитор протонной помпы — эзомепразол. Его высокая эффективность и безопасность продемонстрирована для всех дозировок (20 мг и 40 мг). Эзомепразол успешно применяется как за рубежом, так и в России уже на протяжении ряда лет и доказал свою эффективность в лечении кислотозависимых заболеваний, включая язвенную болезнь и ГЭРБ. При использовании эзомепразола наблюдается стабильное купирование изжоги, существенно возрастает скорость заживления эрозий и язв в пищеводе и достигается длительная ремиссия у больных ГЭРБ. В лечении язвенной болезни применение эзомепразола позволяет повысить частоту эрадикации Helicobacter pylori, сократить сроки и увеличить частоту рубцевания язв, а также снизить частоту рецидивов заболевания.*

*Считаю целесообразным рассмотреть вопрос о внесении препарата эзомепразол в Стандарты медицинской помощи больным с язвенной болезнью и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.*

*С уважением, заведующая кафедрой  
гастроэнтерологии ФУВ РГМУ профессор  
Яковенко Э.П.*

## Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

**115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии. Газета высылается БЕСПЛАТНО**



## ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

Под ред. проф. П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

**Бестселлер учебно-методической литературы!**

В краткой, но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов общеклинических и биохимических исследований крови, мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей, ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.

Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.



Вряд ли такое название будет сильно оригинальным. Да и написаны про Чернобыль воспоминания по более свежим следам. Можно ли что-то добавить к тому, что нашло отражение в книге «До и после Чернобыля. Взгляд врача». Далась эта книга не просто: из отрывков, набросков нужно было скомпоновать удобоваримый текст... Книга оказалась совсем не столь популярной, как представлялось авторам, равнодушное общество едва вспомнило про 10-тилетие и вскоре опять забыло про вселенскую ядерную катастрофу.

## Двадцать лет спустя

П.А. Воробьев

Ситуация с катастрофами стоит на месте, впечатление, что за 20 лет мы ничему не научились. Читаем в Интернете беседу с академиком Гусковой о чернобыльских днях — все, оказывается, было готово, все стояли по местам, только мешались Гейл и Воробьев. Не мешались бы, про пострадавших и сегодня не было бы слышно. Недаром Е.Е. Гогин в своем интервью так мягко, но настойчиво пишет про «козни» этой организации — 6-й больницы: главное — все замять, не дать просочиться информации, накрыв все вуалью секретности.

Все было хорошо? А как с йодной профилактикой? Ведь не предупредили даже о том, что корова, собирая траву с большой площади, концентрирует в своем молоке огромное количество радиоактивного йода — этим молоком поили детей в зоне радиоактивного загрязнения, молоко — оно, известно, «помогает от стронция». В результате дозы, накопленные щитовидной железой этих детей, в 1000 раз превышали дозы, излучаемые щитовидной железой взрослых и стариков.

Эвакуация была проведена безобразно: сотни тысяч людей довели до Киева, где они сами сели в поезда и разъехались по стране. Помывка и санпропускник была организована только в Гомеле, в остальных городах страны, куда попали эти сотни тысяч эвакуированных, никто ничего с ними не делал. Напомню, что речь идет как минимум о трехстах тысячах граждан, которых погрузили в Припяти на автобусы, без вещей, многие дети оказались без родителей, которые остались работать на аварии, отправив чад «к бабушке» через всю страну. Не было паники — это правда, но просто так «глушила» идеологическая команда, проведя первомайскую демонстрацию в зараженном Киеве и массовое спортивное мероприятие. Помню как приехал один из наших врачей, который был на «майские» в Киеве, пришел в нашу больницу, подошел к счетчику и разделся догола: и ботинки и брюки «считали». То, что этот счет безопасен, до сих пор не ясно с очевидностью, нельзя исключить, что «вылезет» какая-то массовая болезнь с длительным латентным периодом. Теоретически — не вылезет, практически — не знаем, нет опыта, но тогда точно никто не мог дать гарантий безопасности пешим прогулок по Киеву. Неужели народ держали за болванов, боясь сказать ему пусть дозированной, но правду, объяснить методы профилактики: заклеить форточки, заправить брюки в носки, надеть маски на улице, поменьше гулять, не пить молоко от коровы, помазать кожу йодом? Просто о «народе» никто не думал, все размышляли на темы небольшого числа тяжелых больных с острой лучевой болезнью — там и героизм и драматизм!

Тех, кто проездом оказался в Москве, отлавливали на вокзале и свозили сначала в 7-ю больницу, а когда там не осталось места — в 15-ю. По разным данным, таких «отловленных» оказалось около 15 тысяч из 300. Их мыли, проводили внешнюю дозиметрию, медицинский скрининг, и тех, кто был «чист», переодевали и отправляли в санаторий. «Нечистых» — несколько сот человек — госпитализировали, обследовали (несколько дней смотрели динамику лейкоцитов, еще раз уточняли анамнез).

В этом очень помогли М. Бриллиант и Е. Домачева, специалисты, имевшие многолетний «стаж работы» с лучевыми больными, приехавшие 1-го или 2-го мая и рассказавшие, что и как надо выяснять у пострадавших. А до этого несколько дней дежурная бригада, в которой я оказался, обходились своими скудными теоретическими знаниями, так как ни одного пострадавшего с лучевой болезнью видеть ранее не приходилось. Хорошо, что что-то было известно из устных разговоров, лекций на кафедре гематологии ЦИУ — но ведь это случайно.

Десятка полтора пациентов с подозрением на местные лучевые поражения (контактный дерматит, лучевой ожог глаз и др.) были отправлены нами из 7-й в 6-ю больницу. Беременных разрешали от бремени, хотя на поздних сроках делать этого было не нужно, но шли на поводу у страха. До сих пор сохранились листки с записями излучаемых щитовидными железами этих людей доз, до сих пор приходят запросы из различных регионов. Но 13 лет ушло на то, чтобы доказать, что медики 7-й больницы имеют право на чернобыльские льготы — их не имели даже те, кто получил правительственные награды за Чернобыль!

Через несколько лет моими студентами-кружковцами 1-го меда были проанализированы кривые лейкоцитов у госпитализированных к нам. Оказались полученные четкие однонаправленные изменения, аналогичные по виду тем, какие бывают при острой лучевой болезни, но менее выраженные, менее глубокие. Ребята показали мне эти кривые, а следующим утром не удалось обнаружить ни тетрадки с выкопировкой данных, ни флоппи-диск с результатами. Куда-то сразу пропали истории болезни, из которых брались данные, а компьютер, на котором производились расчеты (тогда — большая редкость), — сломался. Все, конечно, произошло случайно...

Прошли годы, и снова бодро выглядит отчет «уполномоченных» медиков по Дубровке: мол, отравили всех неясным газом, лес рубят — щеки летят. Так, да не так: таскали пострадавших с запрокинутыми головами, что способствует, как хорошо известно, западению языка и удушью. Штабелем складывали якобы трупы перед дверьми (на фото), а потом некоторые из этого штабеля самостоятельно вставали и плелись за помощью, вдруг кто-то начинал в этом штабеле делать непрямоу массаж сердца. Кто-то — это не медики, не врачи, сотрудники спецслужб. На вопрос, а проводили ли тренинг по оказанию первой помощи со спецназовцами, был получен прогнозируемый ответ — нет! (Вопрос — задавался, ответ — получен, это не заочный диспут). То есть, как газ пускать, они знали (вероятно, эта часть операции была безукоризненной), а как оказывать помощь им не объяснили.

Дальше — лучшее. Пострадавших никто из медиков не осматривал, не сортировал, а грузили их в автобусы (не всех, часть оказалась в «скорых», там потерь не было). Сажали с запрокинутой головой, они задыхались своими языками. Это отчетливо видно на фотоснимках. При чем здесь автобусы, где элементарная сортировка пострадавших, оказание им первичной доврачебной или врачебной помощи?

В катастрофах, какими являются Чернобыль, Спитак, взрыв газа под Уфой, Дубровка, вся надежда не на профессионалов, а на организованную помощь со стороны «гражданских». Именно они могут обеспечить массовое лечение сотен и тысяч пострадавших. С гражданскими сегодня кто-то занимается? — Практически нет. А ведь во всех описанных катастрофах, как и в последовавшем за этим Беслане, помощь оказывалась медиками и учреждениями, которые по характеру своей работы не должны были этим заниматься. Не должны, не знают как, не умеют. Лечили «как умели», и, в общем, к ним-то — врачам и сестрам, претензий нет. Пре-



Нельзя запрокидывать голову!



**Сопредседатели секции:**

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г., д.м.н., профессор

**Программа заседания:**

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

**Сопредседатели секции:**

- Ноников В.Е., д.м.н., профессор,
- Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, профессор

**Программа заседания:**

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

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

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

**Сопредседатели секции:**

- Савенков М.П., д.м.н., профессор кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог.

**Программа заседания:**

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсоров

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

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

**КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

## Приглашение

**«Хирургическая помощь и интенсивная терапия при нарушениях ритма»**

18 мая 2006 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

Начало на стр. 9 ↗

тензии к тем, кто по своему служебному положению должен отвечать за организационные моменты этой помощи в катастрофах.

И тут самое интересное: а у нас таких ответственных нет! Ни МЧС, ни «Защита», ни военные не несут никаких обязательств по организации помощи пострадавшим. Как и 20 лет назад, к массовым катастрофам никто не готовится. Значит, снова будем наступать на те же грабли полной растерянности, отсутствия ресурсов, навыков, умений. Можно много про это писать, например, о том, что инструкция по ведению больных с краш-синдромом увидела свет только в 2004 году, а до этого она НЕ ПУБЛИКОВАЛАСЬ. А ведь она основана на опыте, позволившем не ампутировать ни одной извлеченной из завалов конечности и предупредить до 90% острых почечных недостаточностей. Кто-то знает эту методику, кто-то ее популяризирует? — нет. А ведь всего-то речь идет о проведении в первые сутки после извлечения из завала плазмафереза и введения гепарина со свежемороженой плазмой.

Или вопросы дозиметрии при радиационных поражениях. Разве знает врач-неспециалист, что пострадавшему ежедневно нужно делать анализ крови и по кривой лейкоцитов можно очень точно определить дозу радиации и предсказать возможность ближайшего, но очень опасного осложнения — аганулоцитоза. Все известно — и когда он будет, и сможет ли из него выйти пациент. Но об

этом должны знать все. Потому, что такая катастрофа может случиться везде и везде, медик должен быть во всеоружии, хотя бы владеть элементарными навыками, подходами. Как ни парадоксально, именно за этими элементарными технологиями стоит большинство спасенных в катастрофах жизни.

П.А. Воробьев

*PS.* Случайно текст статьи попал А.И. Воробьеву, и он вычеркнул оттуда кое-что, в частности — пассаж про Гуськову.



Здесь сложены погибшие

Мол, не надо персонифицировать ответственность. Виновата система, а каждый человек — лишь винтик в системе, крутится так, как ему указано. Вспомним споры про роль личности в истории — не играет, говорят, она роли. И вполне логично выглядит в этой конструкции оправдание мальчишек, пыравших ножом таджикскую девочку — убили мы все вместе, всей страной, а

они лишь слепые проводники нашей общенародной воли. И пацан с ножом в синагоге просто ангел: выкрикивая антисемитские лозунги при нанесении ударов, он не разжигал национальной розни, а просто бил с таким своеобразным придыханием. Конечно, суд в нынешнем виде — это акт мести, месть в виде казни вообще лишена смысла. Впрочем, это отдельная тема. Очевидно, что абсолютно необходимо персонифицировать ответственность, каждый должен отвечать за СВОИ дела и слова. Бюрократическая система подразумевает коллективную ответственность, демократическая — персональную.

**ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ**

## Приглашение

**«Инфекционная природа поражения желудка: мифы и реальность»**

16 мая 2006 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям



Книга написана врачами, принимавшими непосредственно участие в работе с пострадавшими во время взрыва на четвертом энергоблоке Чернобыльской атомной станции в апреле 1986 года. Освещает вопросы, связанные с биологической дозиметрией, медициной катастроф, массовым радиационным поражением, лучевой болезнью и многими другими.

**АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

## Приглашение

**«Дисфункция эндотелия. Что можно противопоставить?»**

31 мая 2006 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

# SCHWARZ

## PHARMA

SCHWARZ PHARMA AG  
Россия, Москва, ул. Усачева 33/2, стр. 5  
Тел. +7 495 9330282  
Факс +7 495 9330283  
[www.schwarzpharma.com](http://www.schwarzpharma.com)  
[www.medi.ru](http://www.medi.ru)

**ВАЗОНИТ® 600 мг ретард**

**Издательство «НЬЮДИАМЕД»**  
ищет дилеров по продаже научно-медицинской литературы в регионах  
Предложения высылать на e-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)  
Лушина Людмила Витальевна

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон (095)118-7474, e-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru) [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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