



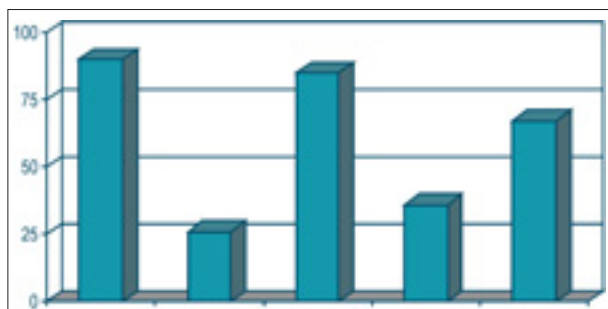
Основным для Зиновия Соломоновича в науке было генерирование идей, он говорил, что если нет идей, то нечего работать. Вот как генерировалась идея в рамках одной из патологий, патологии легких. Зиновий Соломонович рассматривал это не столько с позиций патологии легких, сколько с позиций общей патологии человека как проблему патологии микроциркуляции, как общепатологическую проблему. Научные интересы Зиновия Соломоновича были очень широки, очень объемны, они проявлялись в разных областях. Выражение о том, что он «занимался гемостазиологией», неправильное, он занимался общей патологией человека. Вот некоторые направления его научной деятельности:

- сосудодвигательная реактивность при артериальной гипертензии, предгипертонических состояниях; наследование повышенной прессорной реактивности артерии;
- проблемы зоотоксикологии;
- проблемы диагностики и лечения нарушений гемостаза — геморрагических заболеваний и синдромов, критических и терминальных состояний, тромбофилий.

Мне посчастливилось наблюдать, как теория блокады микроциркуляции развивалась и как Зиновий Соломонович сформулировал ее: блокада микроциркуляции — это механизм ограничения повреждающего агента, общебиологическая основа критического состояния. Идея эта родилась очень давно, еще при взаимодействии с киргизскими учеными, и первая была работа Бободходжаева. В ней рассматривались вопросы, связанные с влиянием гепарина на очаги асептического и бактериального воспаления. Уже в первых работах было показано, что концентрация меченного альбумин-пенициллина в очагах асептического и бактериального воспаления резко увеличивается на фоне применения антикоагулянтов. Также было показано, что сроки начала деблокирующей терапии (введение гепарина) серьезно влияют на процент антибиотикоустойчивых бактериальных колоний (рис. 1).

Но чтобы эта тема дала большой толчок вперед, конечно, нужно было заняться развитием ДВС-синдрома, критериями его клинического проявления, проявлениями эндотелиоза. И для того, чтобы это получилось и имело развитие, З.С. Баркаганом были сформулированы целый ряд критериев развития ДВС-синдрома и эндотелиоза:

- Разнонаправленные сдвиги показателей гемостаза
- Положительные паракоагуляционные тесты (этаноловый, протаминсульфатный), выявляющие в плазме образующиеся под влиянием тромбина растворимые фибринмономерные комплексы, являющиеся признаками внутрисосудистого свертывания;
- Снижение уровня в плазме фибриностабилизирующего фактора;
- Увеличение содержания фибриногена в плазме большинства больных, а в крайне тяжелых случаях — его снижение;
- Снижение уровня антитромбина III;
- Увеличение содержания в плазме продуктов деградации фибрина и растворимых фибринмономерных комплексов по показаниям теста склеивания стафилококков;



Чувствительность микрофлоры из очагов воспаления к антибиотикам (М.М. Бободходжаев)  
1 — контроль;  
2 — на 10 день лечения без гепаринизации;  
3 — на 10 день лечения с гепаринизацией;  
4 — через 20 дней лечения (гепарин до 10 дня);  
5 — на 20 день при продолжающейся гепаринизации.

## Лечение гнойных процессов в легких

Светлой памяти

Зиновия Соломоновича Баркагана посвящается...

Шойхет Я.Н.

последующего истощения фибринолитической и калликреин-кининовой систем;

- Резкое повышение спонтанной агрегации тромбоцитов, убыль наиболее активных клеток в микротромбы, умеренная тромбоцитопения (менее 150 000/мкл);
- Увеличение уровня в плазме фактора Виллебранда — свидетельство повреждения эндотелия бактериальными токсинами, эндогенными аутоксинами и продуктами протеолиза.

Позже появились работы по сопоставлению клинических критериев и данных фотографий микрососудов (И.П. Рошев «Применение криоплазменно-антиферментного комплекса в лечении острых абсцессов и гангрены легких», Барнаул, 1988). Тогда были сделаны первые сканограммы, было показано, что при небольших абсцессах 6-го сегмента легкого у больного на самом-то деле происходит блокада всей микроциркуляции в легких. Благодаря этим снимкам была разработана методика, которая позволила оценить, когда и что вводить, была создана схема нарушения микроциркуляции при гнойно-деструктивных процессах в легких, которая свидетельствовала о том, что процесс можно было разделить на 2 части. Первая — когда все шло по типу локального обратимого блока микроциркуляции, и вторая — когда шел процесс, связанный с несостоятельностью этого блока, развитием раннего шока, РДСВ-синдрома, ДВС-синдрома, развитием полиорганной недостаточности и, при преимущественно локальном обратимом блоке микроциркуляции, — с развитием тяжелой гнойной деструкции легких.

Эта схема стала основой лечения, которое, прежде всего, касалась обеспечения эффективности антибиотикотерапии при локальном микротромбозе у больных острым абсцессом и гангрой легкого, и доступности для антибиотиков локального очага. Были созданы варианты лечения больных: с использованием свежзамороженной плазмы, которой Зиновий Соломонович посвящал довольно много времени и научных интересов, гепарина и контрикала в качестве препарата, который может блокировать накопление протеаз в нейтрофилах. Первая схема связана с применением больших доз свежзамороженной плазмы (до 1 л), малых и средних доз гепарина. Плазма тут применяется как донатор антитромбина-III, гепарин — для того, чтоб предотвра-

### ПРЯМАЯ РЕЧЬ

тить возможные негативные явления, связанные с тромбином.

#### Криоплазменно-антиферментный комплекс

##### Вариант 1.

- Большие дозы свежзамороженной плазмы (600—1000 мл в сут) и малые или средние дозы гепарина (до 20 000 ЕД);

##### Показания

- Прогрессирование деструкции легкого без бурной клинической картины;
- Умеренные геморагии; выраженное истощение противосвертывающих факторов;
- Резкий дефицит АТ III, активаторов фибринолиза;
- Увеличение XIIa калликреин-зависимого фибринолиза;
- Гиперкоагуляция
- Разнонаправленные сдвиги в гемокоагуляционных тестах;
- Дополнительное введение больших доз ингибиторов протеаз.

##### Показания

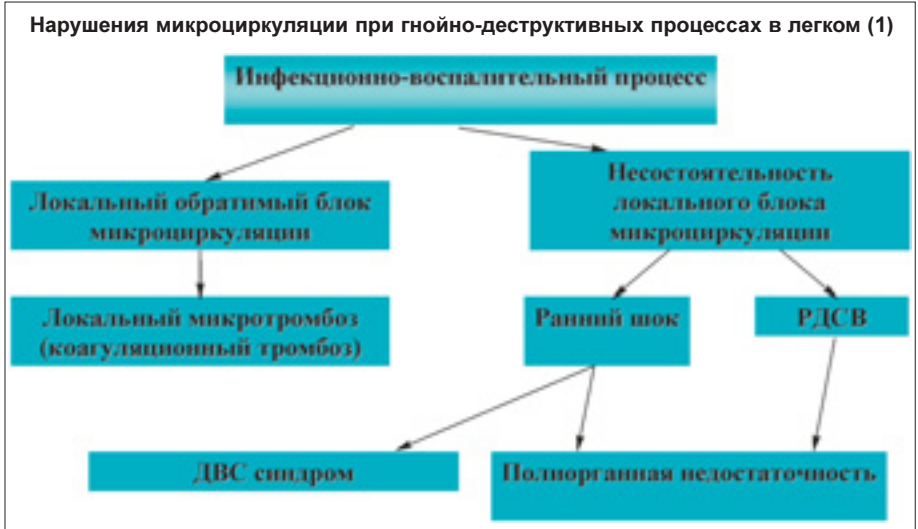
- Резкое прогрессирование деструкции легкого.

##### Вариант 2.

- Умеренные дозы свежзамороженной плазмы (300—450 мл в сут) и большие дозы гепарина (до 30 000 ЕД и более);

##### Показания

- Появление множественных затемнений в легких с образованием мелких полостей;
- Образование абсцесса с секвестрацией;



- Умеренное истощение противосвертывающих факторов;
- Дефицит антитромбина III, активаторов фибринолиза;
- Гиперкоагуляция.

##### Вариант 3.

- Свежзамороженная плазма (300—1000 мл в сут) с малыми или средними дозами гепарина (20 000)

## ИнтерНьюс

### Жить стало лучше, жить стало веселей

Видеоконференцию, посвященную подведению итогов реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в первом полугодии 2008 г., провел из Москвы заместитель Председателя Правительства Александр Жуков. В целом, как отметил Жуков, в настоящее время текущие направления приоритетного национального проекта «Здоровье» реализуются успешно: в России растет рождаемость, улучшается материально-техническая база медицинских учреждений и повышается заработная плата медицинских работников, успешно реализуется система выдачи родовых сертификатов. Однако в первом полугодии 2008 г. «есть отставание в строительстве высокотехнологичных медицинских центров, диспансеризации, прививках». Т. Голикова, также принимавшая участие в видеоконференции, подчеркнула, что программы, запущенные в самом начале нацпроекта, выходят на стабильный режим развития, и напомнила, что в этом году к ним добавились новые направления — по снижению смертности от дорожно-транспортных происшествий и по совершенствованию медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Министр констатировала, что Россия занимает первое место в мире по аварийности на дорогах. По данным, приведенным Голиковой, смертность от всех видов несчастных случаев на транспорте составляет 27,7 на 100 тыс. населения, что практически в 3,3 раза выше, чем в «старых» странах Европейского Союза, и в 2,2 раза больше, чем в «новых» странах ЕС, в то время как количество автомобилей на душу населения в России вдвое меньше, чем в странах Европы. Сердечно-сосудистые заболевания, по ее словам, одна из главных причин смертности в России, и показатели смертности от них также являются одними из самых высоких в мире. По мнению главы Минздравсоцразвития России, включение этих направлений работы в нацпроект — «результат осмысления достигнутого, ответ на реальные проблемы, которые сам же нацпроект и высчитывает». Министр также сообщила, что на 2009 г. запланирован старт двух важных программ в сфере здравоохранения: совершенствование организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и формирование здорового образа жизни.

Источник: [mta.ru](http://mta.ru)

### Англия под дурманом

По данным исследования Департамента здравоохранения Соединенного Королевства, в течение 2007—2008 гг. хотя бы однажды наркотики принимали около 3 млн жителей Великобритании в возрасте от 16 до 59 лет, а 1,9 млн из них были признаны регулярными потребителями наркотиков. Более 1/3 взрослых в стране пробовали запрещенные вещества хотя бы раз в жизни. По мнению авторов исследования, употребление наркотических препаратов постепенно становится обыденной составляющей жизни значительной части англичан. Наиболее популярными веществами для рекреационного применения остаются экстази и кокаин. За последнее десятилетие число потребителей кокаина в Великобритании выросло более чем в 3 раза. В то же время количество употребляющих героин и ряд других тяжелых наркотиков в стране остается стабильным, а средний возраст лиц, страдающих наркоманией, постепенно увеличивается. Вопреки опасениям экспертов, сокращение уголовных наказаний за хранение и распространение марихуаны в 2004 г. не оказало серьезного влияния на потребление этого наркотика. Наиболее высоким уровнем потребления наркотиков в возрастной группе от 16 до 24 лет. Хотя бы изредка пробуют запрещенные вещества 1,6 миллионов, или 21,3% относящихся к ней британцев. Первое место по популярности среди молодежи занимает кокаин — в прошлом году его принимали 375 тысяч молодых людей. В прошлом году в Великобритании было зафиксировано более 10 тысяч срочных госпитализаций, связанных с отравлением запрещенными или контролируруемыми веществами, а также более 38 тысяч связанных с потреблением наркотиков случаев обращения к психиатрам. По сравнению с данными десятилетней давности эти показатели выросли, соответственно, на 43% и более чем на 100%.

Источник: [mta.ru](http://mta.ru)

Начало на стр. 1 ↗

и большими дозами ингибиторов протеаз (по 100 000—200 000 ЕД в течение 3—6 дней)

#### Показания

- Бурное прогрессирование клинической картины;
- Перифокальная инфильтрация с распространением процесса, дальнейшей деструкцией, некрозом легкого;
- Геморрагический синдром;
- Превазирование гиперфибринолиза, гипокоагуляции;
- Увеличение спонтанной агрегации тромбоцитов.

Эти 3 варианта были запущены с самого начала, и эффект был поразительным. Схема, разработанная Зиновием Соломоновичем, позволила в большинстве случаев избежать смерти больных при деструкции легких, но летальность от гангрены легкого оставалась значимой. Выявилось 2 положительных эффекта. Один связан с тем, что при проведении криоплазменно-антиферментной терапии резко сократилось количество геморрагий. Видимо, высвобождение микроциркуляции привело к тому, что деструкция снизилась, порозность сосудов уменьшилась и количество геморрагий уменьшилось. Вот показатель влияния на частоту легочных кровотечений деблокирования микроциркуляции при остром абсцессе и гангрене легкого: при традиционном лечении — 11,6%, с деблокированием микроциркуляции — 3,6% ( $p < 0,001$ ).

Второе направление стало формироваться из наблюдения, как говорил Зиновий Соломонович: «Что измерять? — посмотрите, какая у больного плазма, на ее цвет». И действительно, при гангрене легкого — это грязно-зеленый цвет. Зиновий Соломонович предположил, что это связано с белками острой фазы воспаления и наша малая эффективность лечения обусловлена тем, что белки воспаления могут блокировать комплекс антитромбин III и гепарин.

Долго мучились, что избрать критериями, чтоб определять эффективность плазмафереза, необходимый объем удаления плазмы, и закончилось тем, что решили: «Как станет она светло-желтой, значит, хватит».

Применение плазмафереза при криоплазменно-антиферментном комплексе позволило достигнуть несколько эффектов. Удалось уменьшить объем резекции легких, то есть сохранить объем легкого: большие операции при гангрене легких постепенно исчезли. Была защищена диссертация (Мартыненко В.А., «Плазмаферез в комплексном лечении больных с тяжелыми формами абсцессов и гангрены легких», Барнаул, 1995). В работе было обосновано применение плазмафереза в сочетании с криоплазменно-антиферментными препаратами в комплексном лечении тяжелых форм абсцессов и гангрены легких. Определено их влияние на систему гемостаза, течение ДВС-синдрома, показатели интоксикации и систему иммунитета.

Показания к плазмаферезу в сочетании с КПАК при остром абсцессе и гангрене легкого — тяжелое течение, выраженный эндотоксикоз, признаки ДВС-синдрома, а к плазмацитаферезу, дополнительно — выраженный лейкоцитоз.

Применение плазмафереза в сочетании с криоплазменно-антиферментными препаратами в комплексном лечении тяжелых форм абсцессов и гангрены легких позволило уменьшить количества плевропневмонэктомий, пневмонэктомий, билобэктомий на 7,9%.

Дальнейшее развитие дало направление, связанное с тем, что у 6 больных были тромбозы. Решили использовать супернатант плазмы и криосупернатант, и фактически это оказалось очень интересным, потому что при применении криосупернатанта тромбозы вообще исчезли. То есть опасность, про которую говорят, что при применении криоплазмы могут быть тромбозы, при применении супернатанта была снята с повестки дня. Было еще несколько работ сделано в связи с применением супернатанта (Елькомов В.А., «Совершенствование диагностики и контролируемой терапии ДВС-синдрома на основе динамического исследования тромбинемии и применения криосупернатанта плазмы», Барнаул, 1998 и Ерин Е.Н., «Лечение острого абсцесса и гангрены легкого с применением криосупернатантной фракции плазмы», Барнаул, 1997).

Обоснована возможность применения криосупернатанта при абсцессах и гангрене легкого без гепарина. Криосупернатант плазмы — препарат с полным набором физиологических антикоагулянтов и компонентом фибринолиза, обладающий антиагрегантными свойствами. Криосупернатант плазмы в отличие от свежемороженой плазмы имеет меньшую коагуляционную активность и перспективен в терапии ДВС-синдрома и других видов внутрисосудистого свертывания крови.

При сравнении исходов лечения больных острым абсцессом и гангреней легких при применении криосупернатанта по сравнению со свежемороженой плазмой: повышение удельного веса больных с выздоровлением на 14,5%, снижение летальности на 11,7%, уменьшение количества

вынужденных операций на 7,7%, уменьшение тромботических осложнений на 31,6%.

Еще одна проблема, при которой была применена комплексная терапия — это эмпиема плевры. Это особая статья, потому что тут было очень много детей. Я могу рассказать, как родилась одна идея. Вы знаете, что все долго и упорно рассматривали выпадение фибрина на стенке легкого с образованием кортекса. Как-то вечером Зиновий Соломонович говорит: «А с чего должно выпадать, если в экссудате нет фибриногена?» Это простое замечание сразу перевернуло все вверх ногами. Действительно, выпадать ничего не может. То есть фибриноген берется из субплеврально расположенных сосудов и из-под париетальной плевры. Вот почему, когда начинают снимать этот фибрин, начинает кровить из всех сосудов. Тогда зачем снимать этот фибрин???

Это сразу изменило тактику, и стало ясно, что надо действительно иначе смотреть на эмпиему плевры. Стало ясно, что проблема не только во взаимодействии микро- и макроорганизмов. Кроме того, что влияние на микроциркуляцию должно быть не внутривидальное, а интравенозное. То есть, фактически, мы отказались от введения антибиотиков в плевральную полость, потому что доступность должна быть обеспечена от грудной стенки. Это все привело к со-

### Выбор компонентов криоплазменно-антиферментного комплекса для лечения больных острой эмпиемой плевры

Клинические и рентгенологические проявления	Нарушения гемостаза	Компоненты криоплазменно-антиферментного комплекса
Серозно-гнойный или гнойный экссудат в плевральной полости с ограничением процесса, наличием утолщенной плевры без бурной клинической картины	Гиперкоагуляция, умеренное истощение противосвертывающих факторов. Незначительный дефицит АТ-III и умеренная депрессия фибринолиза. Незначительное повышение ПДФ и РФМК	Умеренные дозы свежемороженой плазмы, большие дозы гепарина
Гнойный или гнилостный экссудат в плевральной полости с ее сегментацией, наличием в разных полостях различного по характеру экссудата. Выраженная клиническая картина	Резкое истощение противосвертывающих факторов, выраженный дефицит АТ-III, ослабление XII $\alpha$ -зависимого фибринолиза, ЭЛИС, ПЛИС. Повышение $\alpha$ 2-АП, умеренное снижение плазминогена, умеренное повышение ПДФ и РФМК	Большие дозы свежемороженой плазмы, малые или средние дозы гепарина. Средние дозы ингибиторов протеиназы
Гнилостный или гнилостно-геморрагический экссудат в плевральной полости без ограничения процесса и бурным прогрессированием клинической картины, некротические осложнения на грудной стенке	Гипокоагуляция, выраженный гиперфибринолиз, гипофибриногенемия, резкий дефицит АТ-III, повышение $\alpha$ 2-АП, выраженное снижение плазминогена, значительное повышение ПДФ и РФМК	Свежемороженой плазма с малыми дозами гепарина и большими дозами ингибиторов протеиназы

вершенно другому отношению к этому процессу, больше стало со стороны протеолиза и его ингибции.

Была разработана дополнительная схема введения препаратов антикоагулянтного типа для случаев, плохо поддающихся лечению. Это зависело от содержания плазминогена в экссудате: если меньше 8%, то стали добавлять плазму внутривидально, это привело к очень серьезному эффекту. Наложения исчезали, даже если прошло уже больше месяца...

Вот так решалась эта проблема, и, конечно, дальнейшие исследования должны были быть продолжены с позиций вывода из статьи Зиновия Соломоновича «Блокада микроциркуляции вокруг очагов воспаления — закономерная ранняя защитная реакция организма на внедрение в ткани патогенной микрофлоры». В последние годы шли очень активные разговоры о том, что ДВС-синдром — это защитная реакция организма по выведению разрушенных клеток из кровотока, что это не патология, а защитная реакция, которая иногда проявляется в виде патологии.



Уважаемый доктор! Если перед Вами пациент с повышенной температурой тела, а в основе гипертермии может лежать много разнообразных заболеваний — от психических и поведенческих расстройств до нарушения терморегуляции в результате врожденных дефектов, от тяжелых инфекционных заболеваний до опухолей и системных васкулитов, откройте книгу «Лихорадка без диагноза», и Вам помогут представленные в книге алгоритмы обследования, сведения об этиологии и патогенезе лихорадки.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО  
ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ  
И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ  
СЕКЦИЙ МГНОТ  
от 6 декабря 2007 года**

**Сопредседатели секций:**

член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков,  
член-корр. РАМН, проф. В.А. Сандриков,  
проф. М.П. Савенков, проф. М.Г. Глезер,  
проф. В.А. Парфенов, д.м.н. А.В. Чупин.

**Постоянный оппонент:** проф. П.А. Воробьев

**Секретарь:** Л.А. Положенкова

**Повестка дня: «Предынсультное состояние»**

Заседание открыл М.П. Савенков. По его словам, повестка заседания актуальная, тема будет обсуждаться важная. Известно, что сосудистые заболевания головного мозга занимают в России 2 место после сердечно-сосудистой патологии, при этом его ишемические поражения доминируют среди другой цереброваскулярной патологии и нередко приводят к «драматической» ситуации. Терапевты и кардиологи должны знать, как поступать в таких случаях. Далее предоставил слово докладчику.

1. Проф. В.А. Парфенов (невролог, кафедра нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова) «Предынсультное состояние».

В докладе обсуждается проблема предынсультных состояний, повышающих риск развития инсульта в 10 раз. Она является третьей по частоте причиной смертности и первой — стойкой инвалидности. 200 000—400 000 инсультов регистрируется ежегодно в России. Наиболее частой причиной развития инсульта является транзиторная ишемическая атака и «малый» инсульт. Представлен алгоритм диагностики транзиторной ишемической атаки. Нейроваскулярный синдром в течение нескольких минут (до суток), наличие факторов риска, отсутствие ишемических поражений головного мозга по данным КТ или МРТ, результаты дополнительных инструментальных методов исследования артерий (цветное дуплексное сканирование) и сердца (ЭКГ, ЭхоКГ), позволяют правильно поставить диагноз. Представив подтипы ишемического инсульта (атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный и др.), составляющие 80% всех инсультов, перечислил причины их возникновения. Мерцательная аритмия с тромбообразованием в левом предсердии, септический эндокардит, инфаркт миокарда, искусственные клапаны сердца — основные причины развития кардиоэмболического ишемического инсульта (встречается в 15—25%) и транзиторной ишемической атаки (по сути являющейся ишемическим инсультом), поражение мелких церебральных артерий при артериальной гипертензии — основная причина лакунарного ишемического инсульта (встречается в 15—30%). Изложив дифференциальный диагноз транзиторной ишемической атаки (его следует проводить с кровоизлиянием в мозг, эпилепсией, периферической вестибулопатией, мигренью, ТР), подчеркнул, что 20—40% больных, госпитализируемых в сосудистое («инсультное») отделение, имеют другой диагноз (мигрень, ТР, гипертонический церебральный криз и др.). Далее докладчик подробно остановился на принципах вторичной профилактики ишемического инсульта, которая складывается из нелекарственных методов (отказ от табака и алкоголя, рациональное питание и гипохолестериновая диета, умеренная физическая нагрузка), назначения медикаментозных препаратов и хирургических вмешательств. Из медикаментозных препаратов назначают антиагреганты длительно при всех подтипах ИИ, непрямые антикоагулянты (варфарин под контролем МНО) при кардиоэмболическом ишемическом инсульте, статины (снижают риск развития инсульта на 16%) и антигипертензивные средства. Однако подчеркнуто, что различные антигипертензивные препараты следует назначать больным с транзиторной ишемической атакой и ишемическим инсультом, протекающих на фоне артериальной гипертензии осторожно. Резкое снижение артериального давления в первые сутки у таких больных может приводить к ухудшению кровоснабжения головного мозга и прогрессированию когнитивных расстройств. Хирургическое лечение (каротидная эндартерэктомия) показано пациентам с атеротромботическим ишемическим инсультом. Комплекс указанных мероприятий по профилактике и комбинированная терапия снижают не только риск развития транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта, но и других сердечно-сосудистых заболеваний на 80%. Доклад иллюстрирован убедительными клиническими примерами.

Изложил симптомы и причины чрезмерного снижения артериального давления (случаи самолечения артериальной гипертензии, применение сразу нескольких антигипертензивных препаратов, не выявленная склонность к ортостатическому снижению артериального давления, а также такие ловушки гипотензии, как «гипертензия белого халата» и «псевдогипертензия»). Подчеркнуто, что медленная (каждые 6 недель) в противоположность быстрой (каждые 2 недели) медикаментозная коррекция уровня артериального давления не только способствует лучшему управлению артериальным давлением, но и уменьшает серьезные нежелательные эффекты используемых антигипертензивных препаратов. У больных с дисциркуляторной энцефалопатией управляемое снижение артериального давления способствует сохранению (или даже повышению) умственной работоспособности. В заключение докладчик подчеркнул, что в погоне за «оптимальным» (140/90 мм рт. ст.) уровнем артериального давления не следует забывать о человеке, которого лечим, ибо неадекватное снижение артериального давления может быть не менее опасным, чем гипертензия.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** «Какой препарат из группы статинов Вы назначаете чаще?»

**Ответ:** «Аторвастатин».

**Вопрос:** «Как часто развиваются осложнения при проведении каротидной эндартерэктомии?»

**Ответ:** «Частота осложнений в таких случаях составляет менее 6%».

**Вопрос:** «Как длительно назначаются антитромбоцитарные средства для профилактики инсульта?»

**Ответ:** «Лечение проводится в течение 3—4 лет или более длительно».

**Вопрос:** «Как часто развивается парез мышц лица при инсульте?»

**Ответ:** «Анализ результатов собственных наблюдений показал, что центральный парез мышц лица развился у 58% больных».

**Вопрос:** «В каком стационаре должен находиться больной с транзиторной ишемической атакой?»

**Ответ:** «В неврологическом, однако это зависит от тяжести течения заболевания. Можно лечить и амбулаторно, существует определенная программа лечения для таких больных, больной должен находиться на б/листе».

**Вопрос:** «Какая наиболее частая причина транзиторной ишемической атаки?»

**Ответ:** «Артерио-арт. эмболия».

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

**«Артериальная гипертензия. Влияние снижения артериального давления на мозговую кровоток и когнитивные функции у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией».**

Установлено, что артериальная гипертензия является важным фактором развития инсульта (возникает в 3 раза чаще, чем при нормальном артериальном давлении), приводит к поражению мелких церебральных сосудов и является фактором риска развития когнитивных расстройств, вплоть до деменции. Показана динамика артериального давления и клинических симптомов (включая когнитивно-мнестические способности) у больных с I стадией дисциркуляторной энцефалопатии при снижении артериального давления. Результаты нейropsychологического исследования пациентов с артериальной гипертензией показали, что антигипертензивная терапия, приводя к устойчивому нормальному артериальному давлению, способствует улучшению когнитивных функций, даже если она проводится на протяжении малых сроков (3—6 месяцев) лечения. Однако подчеркнуто, что пациентам с артериальной гипертензией и церебральной патологией, во избежание возможного развития церебральных осложнений, целесообразно назначать более низкие дозы антигипертензивных препаратов, чтобы плавно и умеренно снижать артериальное давление (при наличии стенозов экстра и интракраниальных артерий уровень артериального давления может быть выше «оптимального»). Далее доклад-



чик изложил симптомы и причины чрезмерного снижения артериального давления (случаи самолечения артериальной гипертензии, применение сразу нескольких антигипертензивных препаратов, не выявленная склонность к ортостатическому снижению артериального давления, а также такие ловушки гипотензии, как «гипертензия белого халата» и «псевдогипертензия»). Подчеркнуто, что медленная (каждые 6 недель) в противоположность быстрой (каждые 2 недели) медикаментозная коррекция уровня артериального давления не только способствует лучшему управлению артериальным давлением, но и уменьшает серьезные нежелательные эффекты используемых антигипертензивных препаратов. У больных с дисциркуляторной энцефалопатией управляемое снижение артериального давления способствует сохранению (или даже повышению) умственной работоспособности. В заключение докладчик подчеркнул, что в погоне за «оптимальным» (140/90 мм рт. ст.) уровнем артериального давления не следует забывать о человеке, которого лечим, ибо неадекватное снижение артериального давления может быть не менее опасным, чем гипертензия.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** «Кто из специалистов, невролог или терапевт, должен лечить больного с гипертонической энцефалопатией?»

**Ответ:** «Конечно же, невролог».

**Замечание М.П. Савенкова:** «По ведению больных с инсультом и артериальной гипертензией есть стандарты, и врач обязан организовать и лечить таких больных только по стандарту, а больной должен знать, кто за него несет ответственность».

**Вопрос:** «Как Вы относитесь к гирудотерапии?»

**Ответ:** «Она очень популярна, ее используют даже косметологи с целью «омоложения», если ничего нет, то при артериальной гипертензии гирудотерапию использовать можно».

**Вопрос:** «Псевдогипертензия — писать в диагнозе можно?»

**Ответ:** «Нет, псевдогипертензия в диагноз не выносятся».

**Вопрос:** «Как выявлять псевдогипертензию?»

**Ответ:** «В докладе об этом говорилось, для ее выявления используются тестом Ослера».

**Вопрос:** «Развитие инсульта у больного с артериальной гипертензией повышает риск возникновения когнитивных расстройств?»

**Ответ:** «Да, в таких случаях риск развития деменции повышается в два раза».

Вторая часть заседания была посвящена вручению участникам, посетившим все 9 заседаний в 2007 году, сертификата действительного члена совместной кардио-ангиологической секции и памятного подарка.

**Заключение**

В заключение М.П. Савенков поблагодарил докладчиков и поздравил всех присутствующих с наступающим Новым 2008 годом.

**ИнтерНьюс**

**Приблизился злополучный 21-ый день...**

ГУВД Тольятти передало в суд уголовное дело против сотрудников городской больницы, выпивавших на улице бездомного пациента, который умер на следующий день. Согласно материалам дела, 21 июня врачи городской больницы Тольятти в присутствии многочисленных свидетелей привезли во двор одного из домов Центрального района и оставили на скамейке мужчину в нижнем белье и больничной простыне. О происшествии стало известно сотрудникам аппарата уполномоченного по правам человека. Им удалось поместить пациента, который не мог передвигаться самостоятельно, в другую больницу города. На следующий день мужчина скончался. Причиной смерти была признана сердечная недостаточность. По данным следствия, скончавшийся С. Чугунов, 1969 года рождения, не имел определенного места жительства. Он был госпитализирован в нейрохирургическое отделение Тольяттинской городской больницы с черепно-мозговой травмой и переломами ребер 31 мая 2007 года. 18 июня заведующий отделением потребовал у лечащего врача выписать пациента, после чего Чугунов и оказался на улице. Судебно-медицинская экспертиза пришла к заключению о наличии причинно-следственной связи между преждевременной выпиской из больницы, прекращением лечения и смертью Чугунова. Уголовное дело в отношении заведующего отделением и врача-нейрохирурга направлено в суд. Нейрохирург обвиняется в неоказании помощи и оставлении больного в опасности, заведующему, помимо этих обвинений, инкриминируется также халатность.

**Источник:** medportal.ru

**Сними обувьку всяк сюда входящий**

Управление медицинских учреждений Вены запретило врачам появляться на рабочем месте в пластиковых шлепанцах-«кроксах», так как вызванные шлепанцами разряды статического электричества могут спровоцировать поломки больничного оборудования и создать угрозу для жизни пациентов. Запрет на модную пластиковую обувь уже действует в крупнейшем медицинском учреждении Вены — клинике SMZ Ost. «По нашим данным, эта обувь изготовлена из материалов, не обладающих антистатическими свойствами. Это означает, что она не удовлетворяет требованиям безопасности», — заявил представитель управления медицинских учреждений Вены П. Вельфель. Глава австрийского отделения производителя модной обуви Crocs Inc Э. Видманн назвал инициативу австрийских медиков безумной. «Я ни разу не слышал ни об одном инциденте с «кроксами» в больницах», — подчеркнул он. Отметим, что в прошлом году аналогичный запрет на «кроксы» был введен в медицинских учреждениях Швеции.

**Источник:** medlinks.ru

**Вековой иммунитет**

Американские ученые обнаружили, что иммунитет к вирусу гриппа, вызвавшему пандемию 1918 г. под названием «испанка», сохраняется на всю жизнь. Исследователи из Университета Вандербильта, Школы медицины Маунт Синай, Университета медицины и стоматологии Нью-Джерси, Центров по контролю и профилактике заболеваний и Исследовательского института Скриппс изучили образцы крови 32 добровольцев в возрасте от 91 до 101 года, переживших пандемию 1918 г. В этих образцах они обнаружили В-лимфоциты, продуцирующие антитела против подтипа вируса гриппа H1N1, вызвавшего «испанку». Для определения эффективности найденных антител исследователи ввели их мышам, зараженным вирусом «испанки». Противовирусная активность этих антител оказалась чрезвычайно высока. По словам руководителя работы профессора Джеймса Кроуи мл., это «лучшие из виденных им антител». Он также отметил, что это — случай наиболее длительной иммунной памяти из когда-либо обнаруженных. Исследователи полагают, что антитела против «испанки» могут использоваться в лечении гриппа, вызванного аналогичным подтипом вируса. Нельзя не отметить, что ценность такой находки представляется сомнительной, поскольку вирус гриппа отличается исключительным антигенным многообразием, и эпидемии, вызванные одним и тем же штаммом вируса, повторяются достаточно редко.

**Источник:** tta.ru

## ИнтерНьюс

### Борьба с половой дискриминацией плодов

Половая диспропорция среди новорожденных — одна из наиболее острых демографических проблем Индии. В традиционных индийских семьях наследники-мальчики ценятся гораздо выше девочек, и многие женщины, узнав о нежелательном поле плода, стремятся прервать беременность. По данным ЮНИСЕФ, ежедневно в стране производится до 7 тысяч аборт по половому признаку. В Индии запрещено использование любых методик определения пола ребенка без медицинских показаний. Верховный суд Индии потребовал у Google, Microsoft и Yahoo официальных разъяснений в связи с обвинениями в рекламе запрещенных в стране методов отбора эмбрионов по половому признаку. Постановление вынесено после рассмотрения иска индийских правозащитных организаций, борющихся с половой дискриминацией. По словам автора иска Сабу Джорджа, Google, Yahoo и Microsoft проводят в индийском сегменте интернета тщательно спланированные адресные кампании по рекламе различных методик и оборудования для определения пола будущего ребенка. С. Джордж отметил, что обращение индийских правозащитников уже получило поддержку правительства, признавшего, что подобные рекламные акции противоречат законам страны. Ранее индийским правозащитникам удалось добиться запрета на рекламу услуг по определению пола в печатных СМИ. Обычно пол ребенка определяется с помощью УЗИ. Для определения пола эмбриона, полученного методом ЭКО, используется предимплантационная генетическая диагностика. По данным С. Джорджа, в Индии весьма широко распространены и другие методы, например, селекция сперматозоидов перед искусственной инсеминацией, первоначально использовавшаяся при разведении редких пород скота.

Источник: medportal.ru

### Заработало расследование побочных эффектов лекарств

С начала этого года Федеральным центром мониторинга безопасности лекарственных средств зарегистрировано 35 660 тысяч сообщений о побочных реакциях на лекарства, сообщается в пресс-релизе Росздравнадзора. Врачи расследуют 617 случаев смерти пациентов, причиной которых могли стать неблагоприятные побочные реакции на лекарственные средства. По данным ведомства, с января 2008 г. ими было получено 18 сообщений о неблагоприятном влиянии препаратов на исходы беременности. Более 75% из этих сообщений составили сообщения о летальных исходах у больных, получавшими противоопухолевые препараты. В настоящее время нельзя однозначно утверждать, что причиной смерти стали именно лекарства — ведь в большинстве случаев речь идет о тяжело больных людях. Окончательное заключение будет сделано по результатам изучения каждого случая.

Источник: mta.ru

### У военкоматов появились конкуренты

Премьер-министр В. Путин подписал постановление о введении независимых медицинских комиссий, в которых призывники и военнослужащие смогут оспорить выводы военных медиков и комиссий военкоматов. Независимую экспертизу сможет провести любое медицинское учреждение, обладающее лицензией. Постановлением правительства призвано снизить количество ошибочных заключений призывных комиссий, в результате которых в войска попадают люди, непригодные к воинской службе по состоянию здоровья. Кроме того, появление независимых комиссий дает призывникам возможность дополнительно подтвердить обоснованность освобождающих от службы в том случае, если предоставленные ими документы вызывают сомнения у военкоматов. Постановление правительства дает право апеллировать к независимым экспертам не только призывникам, но и офицерам. Теперь они получают право оспорить в независимой инстанции заключения военных медиков о пригодности офицера к дальнейшему несению службы по состоянию здоровья, либо о степени ущерба здоровью, полученного при исполнении служебных обязанностей.

Источник: gzt.ru

## ФУТУРИЗМ

Года 2 назад опубликован был в Вестнике МГНОТ футуристический рассказ про то, как в будущем представляется автору процесс воспроизводства потомства: некие коровники, где оплодотворенные искусственно мамы вынашивают 9 месяцев детей. А остальные отдыхают, при этом мужчины становятся источником генетического материала, и не очень нужны ни для чего другого. Это казалось почти шуткой.

Потом выяснилось, что подобные заведения уже создавались Геббельсом для истинных арийцев и ариек — чтобы увеличивать процент «истинности» у немецкого народа. Причем важно было, чтобы папа был арийцем, а не мама. Это не называлось публичными домами, так как цель была не в удовольствии, а в пополнении нации. Детищем этой политики является одна из певиц группы ABBA, вынужденная уехать из Норвегии, где мамы-доноры преследовались общественным мнением.

И вот всплеск у нас. История вкратце такова (цитируем сайт Инопресса.ру 15.07.08, автор Я. Левин, один из главных редакторов московской газеты eXile, закрытой в июне 2008 г.). В Ульяновске, в конце июня в воскресенье, в сырую погоду примерно 100 пар с новорожденными младенцами вошли вереницей на территорию Мемориала Ленина. Семьи пришли не на урок истории СССР, а чтобы получить свои премии. То были финалисты конкурса «Роди патриота в День России» — местного состязания, призванного повысить рождаемость.

Этот конкурс выдумал 3 года назад губернатор Сергей Морозов, чтобы склонить местное население к повышению рождаемости в регионе (цифры там унылые: на 1 родившегося приходится 2 умерших): женщины, родившие детей 12 июня, в День России, гарантированно получают 1 из призов: холодильник, телевизор, стиральную машину или даже деньги, а одна удачливая семья будет избрана для получения гран-при — новенького джипа «УАЗ-Патриот». Чтобы облегчить семьям участие в конкурсе, Морозов объявил 12 сентября особым региональным праздником, посвященным общению в семье, и призвал работодателей сделать этот день нерабочим, чтобы работники имели больше шансов зачать ребенка. Местные СМИ активно освещали начинание. Объявления были развешены по всему городу в загсах, роддомах и магазинах. Проводились семинары для беременных, а гинекологи и социальные работники ходили по домам. Все сводилось к созданию необходимых условий, облегчающих победу в конкурсе, а затем к привлечению интереса населения. После этого демографическая проблема решится сама собой.

Пока вся Россия отдыхала в нерабочий день, врачи Ульяновской области сбились с ног, переживая тяжелый день. Роддома региона, обычно полупустые, неожиданно заполнились толпами вопящих рожениц. Измотанные, не высыпающиеся доктора металась между пациентками. Когда часы пробили полночь, выяснился впечатляющий результат: в этот день в Ульяновской области родилось 87 детей, что почти в 4 раза превышает средний уровень рождаемости в регионе.

Автор поговорил с женщинами, и начала вырисовываться картина нищеты и отчаяния. Каждая супружеская пара отрицала, что планировала обзавестись ребенком 12 июня. Но, в конце концов, они признавались, что в этот день роды искусственно стимулировали в массовом масштабе, и вовсе не ради патриотизма. Некоторые женщины, уже находившиеся в палате, умоляли врачей сделать им кесарево сечение. По их мнению, многие операции кесарева сечения в тот день производились с неоправданной поспешностью. Одна молодая мать сказала, что все 25 женщин в родильном отде-

лении, где она лежала, родили 12 июня. В обычный день столько детей рождается во всей Ульяновской области. По словам еще одной женщины, она подслушала разговор врачей: те говорили, что использовали столько препаратов, стимулирующих роды, что запасы иссякли и пришлось заказать новую партию. Ходил слух, что роддом, где 12 июня будет принято больше всего родов, получит премию от областной администрации. Одна из женщин созналась, что врач склонил ее к искусственному стимулированию родов.

## Повысить рождаемость можно по-ульяновски

П.А. Воробьев

Нельзя какой-нибудь гадости придумать про Русь, чтобы в действительности не было еще гаже.

В. Власов



Кто стоял за всем этим? Может быть, администрация губернатора оказала давление на врачей, требуя выполнить квоту, чтобы потом хвастаться статистикой? Или люди настолько бедны, что готовы на все ради возможности получить приз? Официальная статистика, касавшаяся всего лишь одного из районов города, продемонстрировала, что всплеск рождаемости 12 июня произошел за счет других дней: 11 июня родилось 2 детей, 12-го — 18, 13-го — ни одного, а 14-го — 2. Нормальный уровень составлял бы примерно 4 ребенка в день. Главный врач районного роддома Л. Ванина заявила, что врачи не стали бы стимулировать роды только для того, чтобы улучшить статистику, но потом проговорилась. «Женщины хотят рожать в июне, вот и рождают в этот день, — сказала она. — Почему? Я не знаю. Может быть, потому, что получают подарки».

«Женщины просили врачей, практически умоляли, — сказала одна из женщин. — Они родили в этот день ради подарков, рисковали здоровьем. Противно было смотреть».

В залах Мемориала Ленина в день церемонии награждения бабушки носились, накрывая столы. Подали вино, блины с икрой, пироги, воду в бутылках и сок для детей. Оркестр исполнял российские хиты, а женщины в экстравагантных бальных платьях, выходя на сцену, декламировали пошлые стихи, восхваляющие ценность семейной жизни и детей. Все это время по периметру зала стояли красивые молодые манекенщицы в белых подвенечных платьях, внося ноту очарования в это море простоватых провинциальных физиономий. Прибыл губернатор и как робот перечислил успехи своей администрации: совершенствуются пакеты социальных льгот для малоимущих семей с детьми, строятся новые детские сады и школы, а также новый роддом. Наконец, он объявил результаты конкурса. Ключи от автомобиля получила единственная семья, которая обзавелась 4-м по счету ребенком, остальным достались денежные премии в размере 300 долларов. Для многих матерей премия была драгоценным подарком судьбы, но они добились ее, подвергая себя и детей серьезной опасности. В сущности, единственным настоящим победителем в конкурсе является губернатор Сергей Морозов.

Вот тебе бабушка и Юрьев день. До какого обнищания мозгового аппарата, цинизма нужно опуститься? Да, долго еще народ наш будет выходить из той трясины, в которую попал он в XX веке, тут, учитывая погодные и природные условия, 40 годами не обойдешься. И ведь все молчат, никто из врачей не заявил о несмыслимом позоре с нас, поддающимся таким призывам и провокациям. «Промолчи, попадешь в палачи...» (А. Галич).



## ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов

ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД

2007 г.

В отличие от предшествующих изданий по инфекционным болезням (ИБ), читателю предлагается книга с оригинальным построением. В общей части книги (первых двух главах) рассматриваются клинические проявления ИБ, отличающие их от других заболеваний, методология и методы диагностики. Во второй, специальной, части каждая группа ИБ (инфекции дыхательных путей, кишечные инфекции, кровяные инфекции, инфекции наружных покровов, антропозоозы) завершается главами, посвященными клинической дифференциальной диагностике, охватывающей широкий круг болезней, в том числе клинически сходных неинфекционных заболеваний.

В основу клинической диагностики ИБ положены ведущие симптомы и синдромы: лихорадка, сыпь, лимфаденопатия, бронхолегочные поражения, боль со стороны органов брюшной полости, диарея, геморрагические проявления, поражения печени, почек, опорно-двигательного аппарата и др. Проведен анализ результатов исследований гемограммы при различных ИБ, объединенных общим механизмом заражения, изложены основные методы лабораторной диагностики. В сжатом виде представлены неотложные первичные меры, ограничивающие распространение ИБ.

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации. Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:  
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед  
Тел/факс (499) 782-31-09 E-mail: mtpndm@dol.ru  
Подробности на сайтах [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

**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 СО СТЕНОЗОМ ГОРТАНИ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** стеноз гортани

**Код по МКБ-10:** J 38.6

**Фаза:** острое состояние

**Стадия:** первое обращение

**Осложнение:** вне зависимости от осложнений

**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 сентября 2006 г. № 628

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал	1	1

**1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A 25.08.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях верхних дыхательных путей	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,6	1
A 16.08.022	Кониотомия	0,2	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>	Преднизолон	1	60 мг	160 мг
		Средства для лечения аллергических реакций	0,7		
<i>Антигистаминные средства</i>		Хлоропирамин	0,1	20 мг	40 мг
		Цетиризин	0,5	10 мг	10 мг
		Акривастин	0,4	8 мг	8 мг
		Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	0,4		
<i>Наркотические анальгетики</i>		Морфин	1	10 мг	20 мг
		Средства, влияющие на кровь	0,2		
<i>Растворы и плазмозаменители</i>		Декстроза	1	20 мл	60 мл
		Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему	0,2		
<i>Вазопрессорные средства</i>		Допамин	0,25	10 мг	10 мг
		Норэпинефрин	0,25	4 мг	4 мг
		Эпинефрин	0,25	0,25 мг	0,25 мг
		Добутамин	0,25	250 мг	250 мг
		Средства, влияющие на органы дыхания	0,2		
<i>Противоастматические средства</i>		Будесонид	1	500 мкг	500 мкг

\* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. \*\* – Ориентировочная дневная доза. \*\*\* – Эквивалентная курсовая доза.

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ НЕУТОЧНЕННЫМ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** анафилактический шок неуточненный

**Код по МКБ-10:** T 78.2

**Фаза:** острое состояние

**Стадия:** первое обращение

**Осложнение:** вне зависимости от осложнений

**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 сентября 2006 г. № 628

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

**1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A 25.06.001	Назначение лекарственной терапии при аллергических заболеваниях и иммунопатологии	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.08.009	Интубация трахеи	0,1	1
A 16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно - сосудистую систему			1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Эпинефрин	1	1 мг	1 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,5		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Преднизолон	1	60 мг	150 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	0,5 мг	1 мг
Средства, влияющие на кровь			0,1		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Натрия хлорид	0,6	400 мл	400 мл
		Декстроза	0,4	200 мл	200 мл

\* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. \*\* — Ориентировочная дневная доза. \*\*\* — Эквивалентная курсовая доза.

### СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АНУРИЕЙ И ОЛИГУРИЕЙ

#### 1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** анурия и олигурия

**Код по МКБ-10:** R 34

**Фаза:** острое состояние

**Стадия:** первое обращение

**Осложнение:** вне зависимости от осложнений

**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 6 сентября 2006 г. № 652

#### 1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A 09.28.015.001	Обнаружение кетоновых тел в моче с помощью тест-полоски	0,2	1

#### 1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	0,1	1
A 11.28.007	Катетеризация мочевого пузыря	0,5	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	1	400 мг	400 мг
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,7		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорид	1	1000 мл	2000 мл

\* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. \*\* — Ориентировочная дневная доза. \*\*\* — Эквивалентная курсовая доза.

### СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

#### 1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

**Категория возрастная:** взрослые

**Нозологическая форма:** дисфункциональное маточное кровотечение

**Код по МКБ-10:** E28

**Фаза:** острое состояние

**Стадия:** первое обращение

**Осложнение:** геморрагический шок

**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 25 сентября 2006 г. № 677

#### 1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализатора	1	1

#### 1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.20.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

#### 1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства влияющие на сердечно сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	1	10 мг	10 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Декстроза	0,5	400 мл	400 мл
		Гидроксиэтилкрахмал	0,5	400 мл	400 мл
	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1		
		Этамзилат	1	500 мг	1500 мг

\* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. \*\* — Ориентировочная дневная доза. \*\*\* — Эквивалентная курсовая доза.

В этом году Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова отмечает 250-летний юбилей. С историей ММА теснейшим образом связана история медицинского образования и здравоохранения России. ММА является колыбелью большинства отечественных медицинских школ, научных медицинских обществ; в ее стенах зарождались первые медицинские журналы, учебные руководства и пособия.

Родоначальником ММА был медицинский факультет Императорского Московского университета, открытого в 1755 г. по предложению великого русского ученого М.В. Ломоносова и графа И.И. Шувалова в период правления императрицы Елизаветы Петровны. Занятия на медицинском факультете начались в 1758 г. В середине 60-х годов XVIII века преподаваемых дисциплин стало значительно больше. До начала XIX века медицинский факультет располагал 3 кафедрами. Первыми русскими профессорами были С.Г. Зыбелин и П.Д. Вениаминов, впоследствии к ним присоединились Ф.Г. Политковский и И.А. Сибирский. Расширение факультета продолжалось в первой половине XIX века. Так, Устав университета 1804 г. уже предусматривал наличие 6 самостоятельных кафедр и 3 институтов: Клинического, Повивального и Хирургического.

Велика роль медицинского факультета в ликвидации эпидемии чумы (моровой язвы) 1771 года в Москве. Врачи приняли непосредственное участие в работе больниц и госпиталей города, проявляя мужество и самопожертвование. Важным нововведением, способствовавшим подготовке отечественных научных и педагогических кадров, было принятие в 1791 году решения о праве Московского университета присваивать ученую степень доктора медицины. Первым это ученое звание получил питомец университета Ф.И. Барсуко-Моисеев после защиты диссертации «О дыхании» (1794).

Отечественная война 1812 года вызвала патриотический подъем на медицинском факультете Университета. «Оставив мирные науки, подняли оружие во спасение Отечества» — сказал декан факультета М.Я. Мудров. Преподаватели И.Е. Грузинов, Т. Реннер, а также студенты ушли с московским ополчением на защиту Родины. И.Е. Грузинов участвовал в историческом Бородинском сражении. Пожар 1812 года нанес большой урон Московскому университету: пострадали университетские здания, коллекции, библиотека, погиб Анатомический театр. Возрождение медицинского факультета связывают с именем его декана М.Я. Мудрова. Впервые им был введен курс военно-полевой медицины. М.Я. Мудров стал основоположником военной гигиены, курс которой выдержал 3 издания.

В последующие годы была продолжена реформа медицинского образования. По уставу Московского университета 1835 года было образовано 10 кафедр и большое число дополнительных курсов, установлен 5-летний срок обучения. Важную роль сыграло принятое правительством Дополнительное постановление о медицинском факультете Московского университета, высочайше утвержденное 7.12.1845 года, предполагавшее значительное расширение клинической базы. Открывались факультетские клиники на улице Рождественке. Впервые в России в хирургической клинике на Рождественке профессор Ф.И. Иноземцев 7 февраля 1847 года провел операцию под наркозом. Несколько дней спустя такую же операцию сделал выпускник медицинского факультета Московского университета великий русский хирург Н.И. Пирогов.

Первая половина XIX века, отмеченная историками как серебряный век отечественной медицины, славится многими научными открытиями: экспериментальная работа А.М. Филомафитского по переливанию крови, как единственному средству во многих случаях спасти угасающую жизнь; его первый учебник физиологии (1836—1849), отмеченный Демидовской премией, которая была поделена с Н.И. Пироговым за его труд «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» (1841); «Искусственная фистула желудка» профессора В.А. Басова (1848), сыгравшего большую роль в развитии физиологии; «Лечение молоком простудных и с простудой сопряженных болезней...» профессора Ф.И. Иноземцева; «Учение о размягчении мозга» П. Пикулина. Ревностным проводником новых методов исследования больных, основ перкуссии и аускультации стал профессор Г.И. Сокольский, автор классического описания поражения сердца при ревматизме.

Питомцем медицинского факультета Московского университета был и замечательный клиницист С.П. Боткин, ставший гордостью отечественной медицины. К этому периоду относится и создание первых научных обществ и журналов: Московского общества испытателей природы, Общества соревнования медицинских и физических наук при Московском университете (1805), Медико-физического журнала (1808), Общества русских врачей и Московской медицинской газеты (1858), Московского медицинского общества (1875) (ныне Московское городское научное общество терапевтов) и т. д. Демократические реформы 60-х годов XIX века способствовали дальнейшему расцвету и подъему науки, просвещения, здравоохранения. Период с 60-х годов XIX века до 10-х годов XX века недаром называют золотым веком отечественной медицины: произошли колоссальные изменения, поднявшие русскую медицину на одно из первых мест в мире, а преподавание — на самый высокий уровень. На медицинском факультете в то время преподавали такие корифеи в различных областях медицины, как Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов, Н.В. Склифосовский, А.Я. Кожевников, С.С. Корсаков, И.М. Сеченов, А.И. Бабухин, Ф.Ф. Эрисман, В.Ф. Снегирев, Г.Н. Габричевский, Н.Ф. Филатов и др.

Появились новые кафедры: медицинской химии, физики, гистологии, фармакологии, кожных и венерических болезней, топографической анатомии и оперативной хирургии, нервных и душевных болезней. Кафедра физиологии отделилась от кафедры общей патологии. Узаконены были кафедры факультетской терапии и хирургии и госпитальной терапии и хирургии. В 1863 году Н.М. Мансуров впервые в России начал читать систематический курс «Учение о сифилисе и кожных болезнях». В 1866 году при Московском университете была открыта первая в России урологическая клиника,

которой руководил И.П. Матюшенко. В 1899 году на кафедре физиологии начинает работать в качестве приват-доцента И.М. Сеченов, с 1891 года уже в звании профессора возглавивший кафедру. Кафедрой патологической анатомии с 1869 года по 1906 год заведовал ученик А.И. Полунина профессор И.Ф. Клейн. Представители его школы крупные ученые В.Д. Шервинский, М.Н. Никифоров, А.Б. Фохт и др. Медицинский факультет университета сыграл существенную роль в формировании отечественной гистологии. В 1869 году А.И. Бабухин был избран профессором кафедры гистологии, эмбриологии и сравнительной анатомии, которой руководил до последних дней своей жизни. В 1888 году он организовал бактериологическую лабораторию, положившую начало развитию и преподаванию бактериологии в Московском университете. Дальнейшее развитие бактериологии в Московском университете связано с деятельностью учеников А.И. Бабухина — И.Ф. Огнева, А.И. Войтова, основоположника отечественной бактериологии Г.Н. Габричевского. В 1891 году он создал при факультетской терапевтической клинике Г.А. Захарьина бактериологическую лабораторию, на базе которой в 1895 году был открыт первый в России Бактериологический институт. Директором института до конца своей жизни (1907) был Г.Н. Габричевский.



Первое здание Московского университета на Красной площади у Воскресенских ворот. Конец 18 века. Гравюра худ. Гильфердинг

Во второй половине XIX века возникает такая самостоятельная научно-учебная дисциплина, как педиатрия. Наиболее ярким ее представителем в это время был профессор Н.Ф. Филатов (с 1891 по 1902 год — директор Клиники детских болезней). Он обогатил мировую науку приоритетными описаниями детских болезней (дифтерия, скарлатинная краснуха, корь и др.), создал крупную педиатрическую школу (В.И. Молчанов, Г.Н. Сперанский и др.).

А.А. Остроумов с 1886 по 1901 год возглавлял кафедру и клинику госпитальной терапии, которая в это время стала ведущей терапевтической клиникой России. А.А. Остроумов создал крупную клиническую школу и определил во многом дальнейшее функциональное направление в отечественной клинической медицине. Особенность его школы заключалась в подчеркнута биологическом подходе к проблемам патологии. Активизация деятельности медицинского факультета Московского университета требовала улучшения и расширения клинической базы. Весной 1883 года университету разрешают продать землю и здания факультетских клиник на Рождественке и вырученную сумму употребить на устройство новых клиник. Деканом медицинского факультета в этот период был Н.В. Склифосовский. Он возглавил комиссию, которая уточняла количество кроватей в новых клиниках, систему постройки, штаты, потребность земли. В сентябре 1884 года Московская городская Дума передала Университету в полную его собственность городские пустыющие земли на Девичьем Поле площадью более 40 тысяч саженей. Поскольку государственные средства выделены еще не были, профессорам пришлось обратиться за помощью к своим богатым пациентам, благотворителям. Первой клиникой, открытой близ участка, отведенного Университету на Девичьем Поле, была психиатрическая, построенная на средства В.А. Морозовой. Открытие состоялось 7 ноября 1887 года. На пожертвования Т.С. Морозова и Е.П. Пасхаловой строится здание акушерской и гинекологической клиник. Директором акушерской клиники стал профессор А.М. Макеев, гинекологическую возглавил профессор В.Ф. Снегирев. В 1896 году на средства Ю.И. Базановой была построена и оборудована клиника болезней уха, горла, носа. Ее возглавил профессор С.Ф. фон Штейн. В том же году В.А. Алексеевой была введена амбулатория — прообраз поликлинического учреждения России. Строительство клиник на частные пожертвования стимулировало решение проблем клинической базы Московского университета на государственном уровне. Министрство народного просвещения на устройство клиник

Работать будет некому. Наконец эту тему стали обсуждать «наверху». Геронтологи говорят «про это» уже 15 лет непрерывно. Вице-премьер Кудрин отметил, что в 2008 г. впервые за последнее десятилетие количество занятых в экономике в России снизится на 100 тыс. человек. «Просто физически возраст не позволит обеспечить большее число занятых, даже с учетом миграции», — пояснил он. К 2011 году по сравнению с годом нынешним число занятых в экономике снизится на 1,4 млн человек, а количество пенсионеров вырастет на 1,5 млн человек. «Мы входим в демографический провал, — констатировал Кудрин. — Мы будем строить заводы и фабрики, а количество занятых на них будет уменьшаться». Эксперты разделяют озабоченность Кудрина и не видят других возможностей выйти из образующейся бюджетной ловушки, кроме как пойти на непопулярные у населения меры. «Для предотвращения роста пенсионеров необходимо увеличить срок выхода на пенсию, что пока не обсуждается по политическим мотивам. Однако рано или поздно мы к этому придем, поскольку в России он достаточно низкий», — считает главный экономист «Тройки Диалог» Евгений Гавриленков. По его мнению, отчасти решить проблему можно за счет миграции. Кроме того, необходимо повышать эффективность использования трудовых ресурсов.

Источник: Независимая газета

#### Зачатие с того света

Более 350 жителей Израиля оформили так называемое «биологическое завещание», согласно которому они разрешают использовать свои половые клетки после их смерти. Продвижением этого необычного проекта активно занимается организация «Новая семья», которую возглавляет адвокат Ирит Розенблюм. «Биологическое завещание» — это просьба людей заморозить их сперму или яйцеклетки и в случае их преждевременной кончины использовать для продолжения рода. Прецедент возник в 2002 г., когда суд Израиля удовлетворил просьбу родителей убитого солдата Кивена Козна и разрешил им, согласно просьбе сына, высказанной незадолго до смерти, воспользоваться его замороженной спермой для продолжения рода. Как выяснилось, Козн очень хотел оставить потомство и просил родителей позаботиться об этом в случае его кончины. Сперма, как правило, используется для оплодотворения жен или подруг погибших, с согласия семьи. Инициативная группа под руководством Ирит Розенблюм добивается создания специальных «банков спермы» для военнослужащих ЦАХАЛа, на случай, как они выразились, «новой ливанской войны». Напомним, что в России бабушка в качестве матери воспитывает свою внучку, которая родилась в результате оплодотворения суррогатной матери спермой погибшего от рака сына. Этот казус пару лет назад вызвал сложные юридические разбирательства.

Источник: mta.ru

#### Толстые и худые тоже люди

Сенат Аргентины принял закон о профилактике и лечении ожирения, булимии, анорексии и других расстройств пищевого поведения. Закон предусматривает включение этих заболеваний в программы обязательного медицинского страхования и запрещает дискриминацию страдающих ими пациентов. По данным местных экспертов, Аргентина занимает второе место в мире по распространению анорексии и булимии после Японии. Согласно тексту одобренного верхней палатой аргентинского парламента закона, обязательное медицинское страхование должно будет покрывать все необходимые методы лечения: психотерапию, консультации диетологов, медикаментозную терапию и хирургическое вмешательство. Впрочем, конкретный список покрываемых страховкой медицинских услуг еще не определен, в частности, остается неизвестным, войдут ли в него операции по сокращению объема желудка. Новый закон предусматривает также меры по пропаганде здорового образа жизни и правильного питания. Для продуктов с повышенным содержанием калорий вводится обязательная маркировка, одновременно в стране вводится запрет на пропаганду нездоровой худобы и методов снижения веса, не получивших специального одобрения врачей и диетологов.

Источник: medportal.ru

## ИнтерНьюс

### Обрезание — на поток

Обрезание является эффективным методом массовой профилактики ВИЧ-инфекции, оно рекомендовано ВОЗ для предотвращения эпидемии заболевания в странах Африки. В настоящее время в странах, расположенных южнее Сахары, обрезано от 15 до 50% мужчин. Американские ученые готовятся к клиническим испытаниям нового устройства для упрощенного выполнения обрезания в условиях Африки. Простое и дешевое устройство было разработано китайцем Цзянь Чжуншаном и названо «ShangRing». Новое устройство поражает своей простотой. Оно представляет собой два пластиковых кольца различного диаметра, которые накладываются у основания крайней плоти, пережимая ее. После выполнения под местной анестезией обрезания ниже уровня колец не требуется наложения швов, а кровотечение сводится к минимуму. Благодаря этому время операции снижается с 20—30 до 5 минут и менее. Кольца снимаются через неделю, когда послеоперационная рана полностью зарубцется. Очевидно, что стоимость такой методики исключительно мала. Ожидается, что простота такого способа обрезания сделает этот метод профилактики более привлекательным для местного населения и получит массовое распространение. Пока «ShangRing» доступен к применению только в Китае. Изобретатель ожидает защиты 15 патентов в 85 странах и одобрения Управления по продуктам и лекарствам США (FDA). Предварительные данные о 1200 китайцах, обрезанных с использованием устройства, демонстрируют хороший результат при минимуме побочных эффектов.

Источник: [tma.ru](http://tma.ru)

### Кто за чем прибыл на Олимпиаду

Около 400 тысяч бесплатных презервативов распространили власти Пекина в период проведения Олимпиады-2008. По словам представителя городского управления здравоохранения, эта мера призвана предотвратить распространение ВИЧ-инфекции. Средства бесплатной контрацепции были предоставлены постояльцам 90 тысяч номеров в 424 городских отелях категории от 3 до 5 звезд, в том числе в 119 отелях, заключивших договор с оргкомитетом Игр, сообщил руководитель городского управления здравоохранения Цзинь Дапэн. По его словам, помимо презервативов постояльцы отелей получили 250 тысяч бесплатных брошюр по профилактике ВИЧ-инфекции. Еще 100 тысяч презервативов, а также буклеты с информацией о ВИЧ-инфекции на английском, французском и китайском языках бесплатно распространялись в клинике в Олимпийской деревне. В рамках мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом власти города подготовили тысячи добровольцев, которые пропагандировали безопасный секс и профилактику ВИЧ-инфекции во время проведения Олимпиады. Также в Пекине открылось 40 медицинских пунктов, в которых гости Олимпиады могли сделать бесплатный тест на ВИЧ-инфекцию и получить консультацию по этому. Распространение знаний о ВИЧ/СПИДе проводится организаторами Игр в тесном сотрудничестве с UNAIDS и Международным олимпийским комитетом.

Источник: [gzt.ru](http://gzt.ru)

### Осторожней — мечты могут сбыться с лихвой

Жительница египетской провинции Бейра Г. Хамис произвела на свет 7-х близнецов — 4 мальчика и 3 девочки. Дети, появившиеся на свет в больнице Эль-Шатби, недоношены, но вполне здоровы, сообщил принимавший роды акушер. До рождения близнецов в семье Хамис подрастали трое детей — девочки в возрасте от 7 до 11 лет. Однако женщина мечтала о сыне и принимала препараты, стимулирующие овуляцию. Близнецы появились на свет путем кесарева сечения. Операция была сделана в конце 8 месяца беременности: врачи опасались чрезмерного давления на почки женщины. Дети весили от 1,0 до 1,8 килограмма. Министр здравоохранения Египта уже пообещал обеспечить близнецов бесплатным молоком и подгузниками. Однако семья отчаянно нуждается в новом жилье и дополнительных средствах: многодетный отец, работающий фермером, зарабатывает около 4 долларов в сутки.

Источник: [medportal.ru](http://medportal.ru)

Начало на стр. 7

медицинского факультета выделило 2 миллиона 450 тысяч рублей. В 1890 году вступила в действие в новом здании клиника нервных болезней под руководством А.Я. Кожевникова — первая из клиник на Девичьем Поле, строившихся за государственный счет. Затем появляются и другие: факультетские и госпитальные клиники; превосходно оборудованная клиника глазных болезней, клиника кожных и венерических болезней. С 1891 по 1896 год открылись (для расширения научной базы) институты: анатомический, гигиенический, гинекологический и др. Всего за 5—7 лет медицинский факультет получил 12 великолепных зданий клиник, амбулаторию и 8 научных институтов.

Все это позволило Московскому университету на основе единой клинической базы готовить разнопрофильных специалистов в области медицины, разработав уникальные образовательные методики, это было отмечено крупнейшими специалистами, собравшимися по окончании строительства клиник в августе 1897 года на XII Всемирном конгрессе врачей в Москве (первом в России). Редкую, необычайную картину представил Императорский Большой театр, в котором состоялось открытие занятий Съезда. Открыл Съезд его Императорское Высочество. При открытии присутствовали по особому приглашению министры, высокопоставленные лица столицы, президенты национальных комитетов, делегаты и врачи, получившие входные билеты на это первое общее собрание. Большой театр еще никогда не видал в своих стенах такого многочисленного собрания врачей.



Общий вид клиник

Московский университет издавна был известен своим вольнодумием. Поэтому тревожные события в стране, предшествовавшие революции 1905—1907 годов, не оставили в стороне студенчество и преподавательский состав. В результате наступившей реакции после событий 1905—1907 годов, в последующие годы была почти полностью уничтожена университетская автономия, закрепленная, казалось, уставами Университета 1863 и 1884 годов. Особенно жесткими были меры, предпринятые новым министром просвещения Л.А. Кассо, взявшего курс на подавление демократических свобод. В ответ на это в январе—феврале 1911 года состоялся массовый уход из Университета 130 профессоров, вернувшихся в него только после Февральской революции 1917 года.

Первая мировая война (1914—1918) была переломным этапом в учебном процессе медицинского факультета. Начались ускоренные выпуски врачей (студенты-медики отправлялись на фронт в звании зауряд-врачей); открывались курсы по уходу за ранеными; была значительно ускорена и усилена подготовка студентов по военно-полевой хирургии, санитарии, травматологии. Во время гражданской войны и иностранной интервенции 1918 года подготовка врачей осуществлялась в весьма трудных условиях. Этой работой руководили деканы А.Б. Фохт и А.В. Мартынов, заведующие кафедрами А.И. Абрикосов, П.А. Герцен, М.Н. Шатерников, П.Б. Ганнушкин и др. Аудитории и учебные кабинеты не отапливались, питание было нормированным, учебников не хватало. Но работа на факультете не прекращалась. Для нужд фронта было подготовлено 1336 врачей. На базе клиник медицинского факультета функционировал военный госпиталь на 1000 коек.

Клинические школы, сформировавшиеся в московском университете в дореволюционные годы, стали истоком первых крупных клинических школ советского периода, обеспечив тем самым важнейшую функцию преемственности научного знания. Так, в факультетской терапевтической клинике под руководством В.Д. Шервинского и Л.Е. Голубина сложился яркий коллектив, представители которого возглавили терапевтические кафедры начиная с 1920-х годов: М.П. Кончаловский и Д.Д. Плетнев — основатели крупнейших советских терапевтических школ, традиции которой продолжены во второй половине XX века школами Тареева, Виноградова, Вихерта, Фромгольда, Мясникова, Касирского. В госпитальной и факультетской хирургических клиниках школы А.В. Мартынова, П.А. Герцена, Н.Н. Бурденко развивали передовые традиции, сложившиеся в клиниках, которыми руководили Н.В. Склифосовский, А.А. Бобров, П.И. Дьяконов. П.Б. Ганнушкин создал школу психиатров, продолживших традиции Корсаковской клиники.

С 1917 по 1930 год медицинский факультет находился в составе МГУ. В 1930 году был выделен из него и преобразован в 1-й Московский медицинский институт. Несмотря на естественные трудности военных лет, развивалась наука. Традиции школ, заложенных в предшествующие десятилетия, развивали новые поколения ученых и клиницистов: А.В. Мартынов, П.А. Герцен, Н.Н. Бурденко в области хирургии, М.П. Кончаловский, Д.Д. Плетнев и др. в области

терапии и т. п. За выдающиеся заслуги в развитии медицинской науки и подготовки квалифицированных медицинских кадров в 1940 году институт был награжден орденом Ленина. Институт стал называться 1-м Московским ордена Ленина медицинским институтом (1-й МОЛМИ).

В период Великой Отечественной войны (1941—1945) 1-й Московский ордена Ленина медицинский институт внес достойный вклад в общее дело Победы. В первые же дни войны ушли на фронт профессора, доценты, ординаторы, лаборанты и более 500 студентов, т. е. более половины всего состава института. Вскоре на базе клиники был развернут военный госпиталь на 1000 коек. Институт был эвакуирован в Уфу, но сразу после разгрома немцев под Москвой по инициативе профессуры в Москве был создан объединенный Московский медицинский институт военного времени. В годы Великой Отечественной войны 1-й МОЛМИ дал стране 2632 врачей. За личные заслуги сотрудники, студенты института были награждены орденами, медалями (700 сотрудников и студентов). Среди них звания Героя Советского Союза были удостоены: С.А. Богомолов, Е.В. Клунов, Т.Н. Сумарокова, Н.В. Троян. Заслуги медиков в годы Великой Отечественной войны увековечены: на территории института открыт памятник медикам-героям, возведенный на народные средства.

В послевоенные годы главной задачей стала подготовка врачебных кадров, специализация и повышение их квалификации, чему способствовало введенное с 1945 года шестилетнее обучение. В 1955 году 1-му МОЛМИ присвоено имя И.М. Сеченова. В 1958 году в состав института на правах факультета вливается Московский фармацевтический институт. В 1959 году организован вечерний факультет, который в 1969 году стал вторым дневным лечебным факультетом. Появились новые кафедры. В 80-е годы вступил в строй Центральный клинический корпус на 600 коек, чуть ранее — новые клиники: пропедевтики внутренних болезней и профессиональных заболеваний, нервных болезней. Деятельность 1-го МОЛМИ получила заслуженное признание, достижения ученых института широко известны в стране и за рубежом. Преемственность лучших традиций отечественной медицины обеспечили видные профессора и преподаватели, сложились крупные научные школы А.И. Абрикосова, П.К. Анохина, М.С. Малиновского, А.Л. Мясникова, Е.М. Тареева, В.Х. Василенко, В.Н. Виноградова, П.А. Герцена, Н.Н. Еланского, В.В. Закусова, Д.А. Жданова, Ю.Ф. Домбровского, Б.И. Збарского, С.Р. Мордашева, Л.С. Персианинова. В 1965 году институт награжден орденом Трудового Красного Знамени.

В кратком очерке трудно рассказать о всех годах славного ВУЗа. Новейшая история неразрывно связана с именем ректора академика РАН и РАН Михаила Александровича Пальцева. Возглавляя почти 20 лет коллектив 1 Московского медицинского института имени И.М. Сеченова, М.А. Пальцев сумел в непростых условиях внести огромный вклад в становление и развитие учебного заведения. С 1987 года созданы 8 новых факультетов, введены вечерние и заочные формы обучения, 5 научно-исследовательских институтов, открылись клиники кардиологии и неотложной сердечно-сосудистой и общей хирургии, отделение малоинвазивных технологий с использованием эндохирургической техники. Построено новое здание Научно-исследовательского центра и морфологического корпуса, реконструирована клиника акушерства и гинекологии, завершено строительство комбината питания. В ближайших планах Академии — строительство комплекса зданий фармацевтического факультета, НИИ молекулярной медицины и Центральной клинико-диагностической лаборатории. В клиниках и межклинических подразделениях проводятся научные исследования по разработке и внедрению новых методов диагностики и лечения больных, апробация лекарственных препаратов, медицинской техники. Клиники академии с их составом высококвалифицированных специалистов, широким спектром рентгенодиагностических, в том числе ангиографических и компьютерно-томографических, исследований, мощной лабораторной службой, службой функциональной диагностики, эндоскопической и ультразвуковой диагностикой, отделением медицинской генетики обладают исключительными возможностями для проведения научных исследований, внедрения в практику здравоохранения новых форм и методов работы, современных медицинских технологий.

В 1990 году 1 Московский медицинский институт был преобразован в Московскую медицинскую академию имени И.М. Сеченова. ММА им. И.М. Сеченова сегодня — крупнейший комплекс по подготовке, аттестации и повышению квалификации медицинских и фармацевтических кадров. На 14-ти факультетах Академии обучаются более 9000 студентов из России и 85-ти зарубежных стран. Они получают подготовку по лечебному, медико-профилактическому, сестринскому делу, стоматологии и фармации по очной, заочной и очно-заочной формам с использованием элементов дистанционного обучения. Послевузовскую подготовку в рамках интернатуры, клинической ординатуры и аспирантуры по всем клиническим специальностям проходят ежегодно до 2000 человек. Дополнительное образование на циклах повышения квалификации и переподготовки в течение учебного года получают до 16 000 курсантов. На факультетах ММА им. И.М. Сеченова 168 кафедр и курсов, на которых трудятся более 2000 высококвалифицированных научно-педагогических кадров. Доля преподавателей, имеющих ученую степень, составляет 86% (822 доктора и 1059 кандидатов наук). В 12-ти специализированных советах ежегодно защищается около 200 докторских и кандидатских диссертаций. В Академии трудятся 60 заслуженных деятелей науки, более

Продолжение на стр. 9



Начало на стр. 7, 8

100 академиком и член-корреспондентов академий, имеющих государственный статус. Клинический центр Академии объединяет 18 разнопрофильных клиник на 3000 мест. Специалисты клиник ежегодно оказывают высококвалифицированную помощь 45 000 больных, 280 000 человек получают консультативную помощь. Научный центр Академии состоит из 21 лаборатории и 5 научно-исследовательских институтов: Молекулярной медицины, Фтизиопульмонологии, Фармации, Общественного здоровья и управления здравоохранением, Медицинской паразитологией и тропи-

ческой медицины имени Е.И. Марциновского. Сотрудники Академии являются экспертами и консультантами Всемирной организацией здравоохранения. Академия — член Международной ассоциации университетов. Ежегодно Академия командировывает за рубеж более 300 сотрудников и принимает около 100 иностранных специалистов. Активно ведется обмен студентами. Свидетельство большого международного авторитета Академии — высокий рейтинг, получаемый ею в ежегодных конкурсах вузов, проводимых ЮНЕСКО. Сегодня ММА имени И.М. Сеченова — крупнейший центр медицинской науки и подготовки кадров.

По материалам сайта [mma.ru](http://mma.ru)

Марина была очень красивой девочкой, с круглым лицом, длинными каштановыми волосами. Она немного так «несла» себя, осознавая свою красоту. Марина была года на 3—4 моложе нас, как все дети нашего поселка Кудыкина Гора играла в волейбол, баскетбол в младшей команде. Мы часто наблюдали эту игру, даже иногда играли разновозрастными командами, но к концу школы у нас уже были свои интересы — вино-водочные, приятельницы, покер, кинг, и Марина не вписывалась в эту конструкцию.

Ее папа с мамой были заядлыми теннисистами. Оба спортивные, красивые, молодые, мо-ложе наших родителей намного, успешные в жизни. Отчеств у них не было. Он, Радий Кортуз — инженер-физик, специалист по солнечной энергии, несмотря на то, что еврей, допущенный на абсолютно закрытое предприятие, производящее для космоса батареи. Она, Наташа Карташева — преподаватель кафедры общей химии во 2-меде. Жили они на Кудыкиной Горе у Эммов, снимали там дачу в семье с такой немного анималической фамилией.

На рубеже 80-х, когда мы уже заканчивали институты, выяснилось, что наш вечно меняющийся подруг Николай Титов, наш не остепенившийся Дон Жуан, решил на Марине жениться. И, одновременно, что у Марины — опухоль головного мозга. Я попытался отговорить его от этого странного шага, но услышал в ответ несколько неожиданное. Мол, Марина мечтает стать женой, от нее все отвернулось. Когда она заболела, она потеряла свое окружение, ею перестали интересоваться мальчики. От постоянного лежания в клинике нейрохирургии, операций, химиотерапии ее роскошные волосы то исчезали совсем, то отрастали, как у пацана со стрижкой полу-бокс. В общем, речь шла не о любви, в обычном, бытовом понимании этого слова.

Мы обсудили ситуацию. Мы и сегодня, по прошествии уже без малого тридцати лет, обсуждаем все ситуации, складывающиеся в нашей жизни. Без физиологических подробностей — это ведь не нужно — но откровенно. И часто вместе находим выход из очередного жизненного тупика.

Там, в этой женитьбе принимала участие мама Николая, которая видела в таком шаге определенную жертвенность. Видимо, она проецировала на этот поступок свою судьбу — ее первый муж умер от рака совсем молодым парнем, не дождавшись рождения собственной дочери. Но, как бы то ни было, свадьба состоялась, скромная, почти комсомольская. Тогда все свадьбы так справляли, кроме, может быть, бонз каких-нибудь: дома, с ближайшими родственниками и друзьями. И это казалось верхом расточительства: колбасу-то отпускали по пол-кило в одни руки, а масло — по пачке. Праздновали на Яузской набережной, Марина была счастлива, мы все поздравляли молодых. Я подарил им стереомагнитола для автомобиля, это был роскошный подарок. Сами магнитолы продавались, но машин не было почти ни у кого из нашей компании. Николай часто пользовался белой «двойкой» своего отца, который ездил уже мало. Так для этих Жигулей и предназначалась магнитола.

Жизнь пошла. Радий стал чаще бывать на даче Титовых, Николай ремонтировал его Москвич. Была такая машина, если кто не помнит, конструктор, который надо было собрать после покупки и постоянно что-то подтягивать, мазать, менять. Машина — вечный ремонт. У меня потом был такой же. Все владельцы Москвичей объединены одной чертой характера: по дороге они высматривают отвалившиеся гайки и кладут их в карман. У меня проблема была сложнее.

## История, которая ничему не учит

Мой гараж находился рядом с помойкой, и очень много хороших вещей перекочевало из мусорных баков на стеллаж. Особенно большие поступления были в дни, когда там осуществлялся ремонт машины — в этом мне активно помогали два Толи, которые и занимались переборкой двигателя или заменой тормозов. Апофеозом были алюминиевые костыли — очень дефицитная вещь — один был немного обожжен, но в целом — крепкая. Болезнь эта носит неизлечимый характер, хотя, вероятно прогрессирование может быть приостановлено. Но и сегодня, пересев уже в джип, я, выходя из машины, внимательно изучаю содержание полезных примесей на обочине — веревки, проволоки, гаек и болтов. Почти физически заставляю себя не поднимать ценные вещи, держу себя в руках...

Да, это в сторону. Ремонт Москвича Радия был какой-то постоянный, всегда — с надрывом. Что-то доставалось, что-то привязывалось, что-то отрывалось. Этот перманентный ремонт продолжался много лет. Но тогда Марины уже не было.

Прожили ребята в браке недолго, кажется — кажется, около полугода. Случилось очередное обострение болезни. Марина опять оказалась на операционном столе. Оперировал ее сам Коновалов. А после операции развилась пневмония, сепсис. Вся клиника стояла на ушах, пытались ей помочь. Радий через знакомых физиков доставал какие-то заграничные лекарства, антибиотики, из рук в руки передавая, минуя таможню.

Вмешалась и моя мать, она всегда включалась в критических ситуациях и обеспечивала присутствие ведущих специалистов. Ей не отказывали в консультациях. Никто. Никогда. Когда у нашей процедурной сестры родственник оказался с тяжелой травмой мозга в Солнечногорской районной больнице, мать организовала, по моей просьбе, выезд туда нейрохирургов, доставку пациента в клинику бригадой «скорой помощи». Так не было принято — куда попал, там и повезло. Мать участвовала и в организации консультации выдающегося нейрохирурга Пенфилда, когда потребовалось спасти Ландау. Но там оказались упущены первые часы, когда посттравматическую гематому головы еще можно было убрать, возможно, обеспечить восстановление мозговых функций. Но тогда во-время не поставили диагноз, не удалили сдавливающую мозг кровь, и Ландау перестал быть гением.

Но ничего Наташе не помогло. Антибиотиков было мало, лечить сепсис по-настоящему не умели, про синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания только начинали говорить. Это сейчас сделали бы плазмаферез, переливали бы литрами свежемороженную плазму, подбавляли бы антибиотик за антибиотиком. А в те годы — да ведь совсем недавно — ничего этого не умели. Через пару лет прошла в Москве конференция по сепсису, где выступали иностранные, в частности — шведские специалисты, очень известные, очень ведущие. Баркаган Зиновий Соломонович задал вопрос — а как часто видят шведы при сепсисе ДВС-синдром. Лектор щурил глаз, морщил лоб, и изрек — вроде было как-то дело. Наша делегация переглянулась — не знают ничего про эту патологию международные светила. Уже сформировалось в нашей стране представление, что не бывает сепсиса без ДВС-синдрома, и что тяжелый ДВС-синдром всегда осложняется сепсисом.

Марина умерла осенью, в сентябре 80-го года, еще стояла сухая золотая осень. Хоронили ее на Настасьинском деревенском кладбище около нашего поселка. В гробу. Хотя

Продолжение на стр. 10

## ИнтерНьюс

### Жирных детей отбирать!

Социальные службы Великобритании могут в скором времени начать отбирать у родителей детей, страдающих тяжелой степенью ожирения. О необходимости таких мер заявляет Ассоциация органов местного самоуправления Англии и Уэльса. По их данным, последствия эпидемии ожирения оказывают негативное влияние на все сферы жизни Великобритании. Из-за растущего числа сверхтяжелых пациентов службе неотложной помощи приходится увеличивать грузоподъемность машин и носилок, школам приходится увеличивать размеры парт и стульев, а британские крематории строят расширенные печи для кремации слишком объемных покойников. Чтобы предотвратить дальнейший рост расходов муниципальных бюджетов, Ассоциация предлагает подключить к борьбе с ожирением социальные службы. Поскольку ожирение опасно для жизни и здоровья, перекармливание детей является такой же формой недосмотра, как и недостаточное питание. В этой связи, отмечает Ассоциация, социальным службам необходимо обратить особое внимание на проблему перекармливания детей. Родителей слишком толстых детей предлагается подвергать различным санкциям — от официальных предупреждений до передачи ребенка органам опеки. Согласно статистике, в настоящее время ожирением или избыточным весом страдает каждый четвертый житель Великобритании. Наибольшие опасения медиков вызывает быстрый рост числа страдающих ожирением детей. При сохранении существующих темпов роста, к 2032 г. ожирением будет страдать половина британцев, а число страдающих ожирением детей может достигнуть 1 млн уже через 4 года.

Источник: [medlinks.ru](http://medlinks.ru)

### Школьный завтрак: невкусно, но безопасно


Глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко утвердил новые санитарные требования к питанию школьников и учащихся колледжей и ПТУ. Правила, вступающие в силу с 1 сентября, запрещают реализацию в образовательных учреждениях целого ряда блюд и напитков. Как отмечается в приложении к документу, в школьных столовых будет запрещено продавать торты и пирожные на кремовой основе, чипсы, жевательную резинку и карамель, газированные напитки, квас, кофе, сырокопченые мясные изделия и колбасы, грибы, острые соусы, кетчуп и майонез. Из меню учащихся исключены также макароны по-флотски с мясным фаршем, яичница-глазунья, окрошки и холодные супы, ядро абрикосовой косточки, арахис, мороженое, изготовленное из растительных жиров, а также кумыс и другие кисломолочные продукты с высоким (более 0,5%) содержанием этанола. В учебных заведениях запрещается реализовывать остатки пищи от предыдущих приемов и блюда, приготовленные накануне. Исполнение утвержденных Роспотребнадзором правил будет обязательным для всех образовательных учреждений независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, а также для всех организаций, занимающихся обеспечением питания школьников. Вот только есть это все будет нельзя.

Источник: Интерфакс

### Бдительность, но без суесть

Биопсия, возможно, лишь увеличивает риск развития заболевания, а регулярные обследования груди на предмет опухоли не уменьшают вероятности смерти от этого заболевания, заявили ученые. Исследование, в котором приняли участие более 380 тысяч женщин, показало, что нет никаких фактов, подтверждающих, что обследование как-то помогают в профилактике рака груди и сокращают смертность от этого заболевания. Возможно также, что женщины, которые после биопсии определили у себя наличие опухоли, навредили сами себе. Дело в том, что среди женщин, проводящих биопсию, негативные симптомы развития рака встречаются в 2 раза чаще, чем среди тех, которые предпочитают не обследовать грудь. Медицинские руководства рекомендуют, чтобы женщины были в курсе состояния своей груди и замечали все изменения в груди, а не проходили каждый месяц рутинную процедуру биопсии, как это советуют делать врачи в США. Исследование проводилось изданием The Cochrane Library, подразделением The Cochrane Collaboration. В него включены результаты двух исследований в России и Китае, в которых участвовали 388,5 тысячи женщин. Я.П. Костерс и П. Готтше, авторы исследования, заявили: «В настоящее время мы не можем рекомендовать выявление опухолей с помощью самообследования или обследования, проведенного медработником». Однако они добавили, что женщины должны всегда спрашивать совета у врачей, если они хотят выявить любые изменения в груди, которые могут свидетельствовать о раке груди. По их словам, нет заметных различий в процентном соотношении умерших от рака груди женщин, проходивших обследование, и женщин, не делавших этого. М. Лидбитер, практикующая медсестра в британской общественной организации Breast Cancer Care, отметила: «В руководствах департамента здравоохранения долго говорилось, что профессиональные медики должны просвещать людей в области рака, и этот подход считался наиболее эффективным». Доктор С. Кант, менеджер британской общественной организации Breakthrough Breast Cancer, добавила, что в большинстве из 44 тысяч случаев выявления рака груди, которые фиксируются каждый год в Великобритании, этот диагноз женщины определяют у себя сами.

Источник: The Daily Telegraph, UK, 2008



## СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. Лекции

**Архив журнала "Проблемы стандартизации в здравоохранении" 1999—2005 гг.**

**Под редакцией академика А.И. Вялкова и профессора П.А. Воробьева**

**Издательство "Ньюдиамед"**

**2007 г.**

Издание рекомендовано в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей: слушателей курсов тематического усовершенствования по основам стандартизации в здравоохранении, медицине доказательств и клинико-экономическому анализу, врачей и среднего медицинского персонала, получающих профессиональное последипломное образование в рамках основной специальности, а также преподавателей, проводящих занятия по данной тематике.

## ИнтерНьюс

### Праздник, который всегда с тобой

Ученые из Университета Калифорнии (UCLA) и Отдела по делам ветеранов лос-анджелесской системы здравоохранения (VAHS) разработали автоматическую переносную искусственную почку (AWAK) — аппарат для диализа, который можно носить на себе. Эти учреждения уже подписали лицензионное соглашение с сингапурской компанией AWAK Technologies Pte. Ltd. на создание коммерческого варианта модели, разработанной доцентом UCLA, консультантом VAHS по диализу М. Робертсом и профессором UCLA, консультантом VAHS по нефрологии Д. Ли. Существующие диализные аппараты, разработанные в конце 70-х—начале 80-х годов прошлого века, весьма громоздки. Пациент должен проходить процедуры диализа несколько раз в неделю, в промежутке между ними в организме постепенно накапливаются токсины. Это вызывает нежелательные колебания химического состава крови. Кроме того, использование аппаратов подразумевает введение противосвертывающих препаратов для профилактики тромбообразования, что может привести к серьезным осложнениям. Более прогрессивной методикой является перитонеальный диализ, когда токсины переносятся через брюшину во введенную в брюшную полость жидкость. Однако эту жидкость (а это объем в несколько литров) необходимо постоянно менять — до 2—3 раз в день. AWAK базируется не на эффекте гемодиализа, а на перитонеальном диализе. Переносной аппарат свободен от этих недостатков — он очищает кровь постоянно, как настоящая почка. Очистка жидкости и осуществляется переносной искусственной почкой. Все это позволит пациентам с аппаратом AWAK сохранять активность передвижений во время диализа при минимальном количестве побочных эффектов.

Источник: *Clinical and Experimental Nephrology, 2008*

### Российский антиаллергический препарат помогает при болезни Альцгеймера? Ну-ну

Антигистаминный препарат Димебон, применяемый в России с 1983 г., улучшает память и мыслительные способности у пациентов с болезнью Альцгеймера — к такому выводу пришли ученые из Медицинского колледжа Бэйлора (Хьюстон) по результатам исследования. В исследовании под руководством Р.Дуди было задействовано 183 пациента с болезнью Альцгеймера, страдавших мягкой или умеренной формой старческого слабоумия. Половине из них назначался Димебон в дозе 20 мг 3 раза в день в течение 26 недель, остальные получали плацебо. Тесты для оценки когнитивных функций, проведенные спустя 6 месяцев, показали, что после приема лекарства у пациентов улучшилась кратковременная память, а также способность к выполнению обычных повседневных действий. По шкале, применяемой для оценки тяжести болезни Альцгеймера, эти участники набрали на 4 бала меньше, чем на момент начала исследования. Небольшая группа пациентов, продолживших прием препарата, достигла еще больших успехов. В то же время у участников, принимавших плацебо, отмечался противоположный эффект — прогрессирование симптомов слабоумия, характерное для болезни Альцгеймера, отметили они. Димебон — антиаллергический препарат, являющийся блокатором H1-рецепторов. Лекарство оказывает выраженное противогистаминное и частичное антисеротониновое действие. Механизм действия препарата при болезни Альцгеймера точно не известен. Предполагается, что он обладает защитным эффектом в отношении нейронов головного мозга. Исследователи отметили, что в ближайшем будущем намерены подтвердить полученные результаты в ходе дополнительных клинических исследований, которые будут проводиться не только в России, но и в США.

Источник: *The Lancet*

### Бактерии воруют железо у человека

Американские ученые из Университета Сиеракузы обнаружили, что некоторые бактерии могут использовать накопления железа в человеческом организме. Как и люди, бактерии тоже нуждаются в микроэлементах и витаминах, чтобы существовать, а железо — самая важная потребность микроорганизмов. Через сложный механизм они проникают к источникам железа и в буквальном смысле воруют его у человека. Микробиологи изучили актиномицетов и их разновидность *streptomyces coelicolor*. Актиномицеты обладают уникальным свойством производить вещества, уничтожающие их врагов. Некоторые из этих соединений используются для создания антибиотиков и других лекарств. Оказалось, что идентифицированные бактерии забирают железо из крови. Определяются гены, ответственные за это свойство бактерий. Можно думать, что открытие поможет найти способ сделать микробактерии туберкулеза более уязвимыми для медикаментов.

Источник: *mta.ru*

Начало на стр. 9

мы и знали все про ее болезнь, тем не менее, для всех нас ее смерть стала потрясением — едва ли не первая смерть близкого по возрасту человека, «из нас». Стояли табуэты, забивали гвозди в крышку гроба, все казалось каким-то отвлеченным, нереальным. Никаких речей, никаких рыданий. Опустили гроб, закопали. Кладбище было полупустым, большинство могил — заброшено, ее могила под березой оказалась на его краю, почти что одна. Сейчас она уже в центре кладбища.

В день похорон, на поминках, я первый раз побывал в квартире на Краснопресненской, где жила Марина. Поразили двери в туалет и ванную, разрисованные ею. Рисунки сами — так себе, но хорошие были краски, оттенки, сочетания. Все какое-то радостное, хотя жизнь ее радостной не была. Радий и Наташа были какие-то заторможенные на поминках. Слов говорили мало, как-то не запомнились поминки ничем. Не праздник это, понятно, но некоторые поминки запоминаются, а здесь была какая-то опустошенность, какое-то слишком большое горе у родителей, мы все здесь были лишними.

А в начале ноября Наташа пропала. Ушла из дома, Радия дома не было, она оставила две записки. Одну — своей подруге Дарье, которая как-то пыталась демонстративно покончить с собой на центральной площади города, принародно перерезав вены. Вызвали «скорую», и несчастная любовь так ничем и не закончилась. Наташа сказала тогда, что если бы она пыталась с собой покончить, сделал бы это так, чтобы никто не видел и не помешал. И записку оставила для Дарьи, что она ждет ее «там».

Радио она тоже написала, что-то про устроенную им потом себе жизнь, и что она так жить не может. Это был сороковой день после смерти Марины. Радий стал обзванивать друзей и знакомых. Ясно было, что Наташа уехала на Кудькину Гору, вроде она произносила про такую возможность своим подругам. Что — не понятно, показания давались сбивчивые, подруги не вслушивались в ее речь. Вроде Марина ее звала к себе, что-то такое, что часто произносится в таких ситуациях. Никто не придавал этому значения. Тем более, что Наташа была немного манерна, принимала таблетки успокоительные горстями. Обвиняла Радия в недостаточных переживаниях по поводу смерти дочери, мыслях о необходимости заменить на кухне занавески. А он просто пытался ее отвлечь.

У Николая на даче собрали штаб. Что делать? — искать. Где? — какая-то связь с кладбищем. Никакой дедукции не было, все говорили вместе, разбрасывались идеями, никакой самоорганизации не произошло — никакого мозгового штурма. Кто-то пошел туда, кто-то сюда. А ведь можно было организовать сплошной поиск, идти фронтом в пределах видимости. Но как-то не верилось в серьезность происшедшего. Мы с Алексеем Антоновым поехали на нашем тракторе (шасси такие, ХТЗ, пукалка в простонародье, который достали из болота, просушили и продали Алексею, поскольку он уже был давно в колхозе списан) по лесным дорогам к кладбищу. Хотя понимали, что там минимальный шанс застать Наташу — она этот лес не любила, да и зачем ей туда идти, когда по дороге до кладбища ближе. Но надо было участвовать в поиске, все «перспективные» направления разобрали себе подруги и родственники.

Активное участие в поисках принял Петрович, тогда, возможно, впервые появившийся в моем поле зрения. Он работал в нейрохирургической клинике в должности старшего лаборанта, будучи физиком по образованию и кандидатом биологических наук, специалист по физическим процессам в мозгу. Он подружился с Радием в период госпитализации Марины в клинику. Он как-то проникся этой семейной болью, принимал большое участие в организации различных мероприятий. А через несколько лет после описываемых событий и вообще ушел к Марку на экспериментальный завод, стал там заниматься медицинской техникой, возглавил отдел.

День был солнечный, но к вечеру пошел снег. В сумерках поиски прекратили. Конечно — не нашли. Ходили по

тропинкам и дорожкам до позднего вечера, но никакой Наташи нигде не было. Петрович поехал к Радио ночевать. Он рассказывал потом, что в четыре утра Радий стал говорить — она умерла, она умерла. Но утром не помнил ничего. А может быть, и Петровичу это приснилось.

Милиция потом разыскала таксиста, который привез Наташу на Кудькину Гору, но больше ничего не проявилось. Понятно было, что Наташа умерла, но строились предположения, что она ушла в монастырь или еще какие нелепицы. Было бы, что обсуждать... Радий ходил к экстрасенсам, они ничего вразумительного не говорили, хотя и делали всякие пассы. Однажды только ему сказали, что он будет похоронен в центре мира. Петрович, когда ему Радий рассказал про это, посмеялся, — ну что за центр мира, в самом деле. А зря.

По весне натолкнулись на Наташины останки случайные гуляющие в излучине реки. Она расположилась за пригорком, в кустах, смотрела на кладбище, которое было от нее в двух километрах. Совсем рядом с дорогой прилегла, по которой ходили искавшие ее, но за кустами. Сойти бы с дороги, пошевелить кусты палкой. Задним умом все крепки. Сидела, смотрела на кладбище и пила коньяк. Закусила его парой пачек успокоительных, которые натаскали ей добрые подруги. И заснула, замерзла.

За зиму ее сон потревожили животные, существенно подвев, и мародеры, снявшие с нее все украшения. Ознакомление было сложным, Радий туда не ездил, его не пустили, а может быть, он и не захотел особенно. Занимался опознанием школьный приятель Николая Айдар. Он работал в это время оперуполномоченным, знал всю милицию. Опознавать ездил Петрович.

Похоронили Наташу в ту же могилу, к Марине. Дозволялась матери дочь. Огородили большой оградой, сделанной на закрытом заводе, поставили скамейку, мраморные плиты с вырезанными словами прощания. Все честь по чести. Только ходить на эту могилу стали редко. И Радий и Николай не очень часто бывали там. Как-то не влекла она никого к себе, уж очень история оказалась страшная.

Прошло лет десять. Радий написал несколько популярных книг по физике, ушел с закрытого предприятия сначала на преподавательскую работу, но наука тянула, он нашел грант и перебрался в Израиль. Какие-то постоянные нелепые истории, связанные с его жизнью, доходили до меня. То купил дом в Днепропетровске, взялся строить, не умея забить гвоздя — собирался в доме этом творить. Заставлял окружающих работать на себя, создавал вокруг такую атмосферу, что все должны были ему помогать. Никто не жаловался, вокруг образовалась стайка приживалок и приживалов. Кто-то, наверное, рассчитывал и на замужество, ведь был Радий в полном расцвете физических и творческих сил. Но он упорно не замечал женских чар. Говорят, что в Израиле он нашел себе итальянскую невесту. На грант от какого-то западного университета он смог купить там дом. Он не иммигрировал, а поехал туда работать как известный, уважаемый ученый. Жизнь как будто налаживалась, как ему и предсказала Наташа.

В один из весенних дней Радий ехал вдоль моря и увидел, что из воды не может выйти на берег женщина. По весне, это известно, на израильских пляжах около Тель-Авива бывает такое течение, что выплыть почти нельзя. А еще испуг, паника. Радий, спортсмен, шестидесяти лет, быстро разделся и бросился на помощь. Помог выплыть девушке, ее подхватили какие-то люди, тоже остановившиеся на дороге. Тут есть несколько версий, одна, что девушку подняли на какую-то лодку. Но ясно одно — девушку Радий спас. Сказал, что ему самому помощь не нужна. А через несколько минут оглянулись — а Радий неподвижно плавает в море. У него остановилось сердце.

Похоронили его в Израиле — центре мира. Предсказание сбылось.

И все. В этой истории нет морали, нет и смысла. Судьба беспощадна, слепа и несправедлива. Красивые люди, успешные судьбы — и все уничтожено.

П. Медик



**З.С. Баркаган, А.П. Момот**  
**ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА**  
 Издание 3-е  
 Издательство Ньюдиамед  
 2008 г.

В справочном пособии в сжатой и доступной форме представлены данные об основных компонентах и механизмах функционирования системы гемостаза в норме и при наиболее часто встречающихся в практике врача патологических нарушениях в разных звеньях этой системы — при различных видах кровоточивости, ДВС-синдроме, тромбоэмболиях и тромбофилических состояниях. Подробно описываются методы лабораторной диагностики и контроля за гемостатической и антитромботической терапией. При этом предпочтение отдается наиболее доступным и, вместе с тем, достаточно информативным методам исследования.

Книга рассчитана на клиницистов, практикующих врачей разных специальностей и врачей-лаборантов, поскольку геморрагии, тромбозы и ДВС-синдромы занимают одно из доминирующих мест в патологии человека.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:  
**115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»**  
**Тел/факс (499) 782-31-09**  
**E-mail: mtpndm@dol.ru**

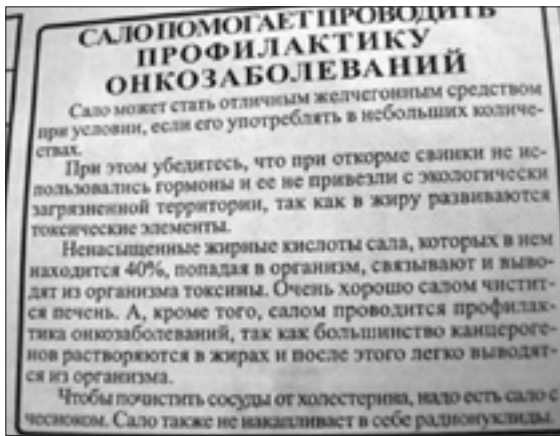
Подробности на сайтах [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

**Антиреклама**

Практически любой пищевой продукт полезен для нашего организма. Конечно, в том случае, если не превращать его в предмет культа. Или в лекарственное средство, как это делают некоторые СМИ со свиным салом. Вот обнаружена «забавная» заметка:

А как убедиться, что свинку не кормили гормонами? Спросить у свинки? Или ткнуть в сало тест на беременность? Порадовала и методика чистки печени салом. Это

**От всех болезней всего полезней. САЛО**



в смысле нашпиговать ее шкварками и запечь? Впрочем, дело оказалось куда серьезнее. Интернет-поисковики вывели на несколько статей, где совершенно серьезно утверждается, что сало — чуть ли не панацея от всех болезней. Например, вот в этой перепечатке на сайте mosmedclinic.ru сообщают: «Свиное сало широко применяется в народной медицине. Как наружное средство оно нередко оказывается более действенным, чем различные патентованные мази. Его применяют при болях в суставах, нарушении подвижности суставов после травмы, при мастите, мокнувшей экземе, зубной боли, пяточной шпоре и других недугах».

Спасибо, что хоть не при ожогах советуют применять. Но вот за маститы... Ладно при зубной боли, ну не поможет — побегут к стоматологу. А вот если пару-тройку дней мастит лечить салом, можно и на тот свет отправиться. А вот в Газете по-днепровски пошли еще дальше: «Сало же едим сырое, оно только солится. А в нем, по предположению ученых, тоже могут быть створчатые клетки, которые, попадая в организм человека, и помогают ему восстанавливаться. Так что наша национальная еда — сало — не просто энергетический субстрат (так в оригинале), а еще и великий лекарь».

Так, а мы о каком сале говорим? Надеюсь, все-таки о свином? Тогда причем тут свиные створчатые клетки? Да и пероральное применение створчатых клеток — это новость. Они будут просто переварены. Насчет уникальной пищевой ценности и незаменимых жирных кислот. Давайте по порядку. Действительно, существует такое понятие, как незаменимые жирные кислоты. Их человеческий организм должен получать извне. Это линолевая, альфа-линоленовая и арахи-дионовая кислоты, они необходимы для биосинтеза целого

ряда биологически активных веществ организма. Линолевая и альфа-линоленовая кислоты в нашем организме не синтезируются совсем и должны поступать с пищей растительного происхождения. А вот арахидионовая кислота прекрасно синтезируется в нашем организме из одной из упомянутых кислот. Так что выходов два — либо обеспечивать поступление с животной пищей арахидионовой кислоты, либо доставлять ее предшественников из продуктов растениеводства. А теперь сравним, в каких продуктах содержатся незаменимые жирные кислоты:

Вид жира	Линолевая кислота	α-Линоленовая кислота	Арахидионовая кислота
Подсолнечное масло	59,8	—	—
Соевое масло	50,9	10,3	—
Оливковое масло	12,0	—	—
Хлопковое масло	50,8	—	—
Масло коровье топленое	1,7	0,6	0,09
Свиной жир	8—9	0,7	0,5
Говяжий жир	2—5	0,6	0,1
Бараний жир	3—4	0,9	0,1
Тресковый жир	0,3—2	0,4	1—4

В данной таблице очевидно неоспоримое превосходство масличных культур. А треска удельяет свиной жир с десятикратным превосходством. Так что никакой уникальности сала в смысле незаменимых жирных кислот не наблюдается. Зато классическое сочетание водка + сало — одна из самых частых причин острого панкреонекроза, в армии эту патологию часто называют «болезнью прапорщиков». А если заменить водку на спирт или самогон, а сало соленое — на сало копченое, то шансы посетителя реанимацию в качестве пациента возрастают. Так что если вам нравится сало — ради бога, ешьте. Понемножку, что называется «без фанатизма». Однако требовать от организма, чтобы он принимал сало за лекарство — это уж слишком.

Источник: MedPortal.ru, www.vechnayamolodost.ru

**ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА СЕНТЯБРЬ—ОКТАБРЬ 2008 г.**

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

Дата, автор	Тема, аннотация
24 сентября 2008 года, среда в 17.00 Проф. А.В. Недоступ (ММА им. И.М. Сеченова)	<b>Трудности и спорные вопросы терапии аритмий.</b> Лечение аритмий в клинической практике традиционно считается непростой задачей. В значительной степени это обусловлено объективными факторами — обилием разновидностей нарушений ритма, достаточно высокой агрессивностью антиаритмической терапии с возникновением ее тяжелых осложнений, появлением новых, интервенционных способов терапии аритмий. В сообщении будут обсуждаться трудные и спорные вопросы лечения синусовой тахикардии, дисфункции синусового узла, экстрасистолии, мерцательной аритмии, пароксизмальной тахикардии и АВ-блокад, а также некоторые аспекты современной классификации аритмий.
8 октября 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии.
8 октября 2008 года, среда в 17.00 1. Проф. Н.А. Шостак, проф. Н.Ю. Карпова, канд. мед. наук М. Рашид (РГМУ) 2. Проф. Н.А. Шостак, проф. Н.Ю. Карпова, канд. мед. наук М. Рашид (РГМУ)	<b>1. Кальцинированный аортальный стеноз в практике терапевта — вопросы диагностики.</b> <b>2. Кальцинированный аортальный стеноз и остеопороз — клинко-лабораторные сопоставления.</b> В докладах будут представлены современные вопросы этиологии, патогенеза аортальных стенозов. Дана классификация кальцинированного аортального стеноза, освещены вопросы диагностики и ведения больных.
22 октября 2008 года, среда в 17.00 Проф. А.Л. Сыркин (ММА им. И.М. Сеченова)	<b>1. Варианты ишемической болезни сердца и основы врачебной тактики.</b> ИБС представлена широким спектром клинических вариантов: от малосимптомных стабильных форм до острого инфаркта миокарда и внезапной смерти. В докладе рассматриваются основы терапевтической, инвазивной и хирургической тактики. <b>2. Клиническая демонстрация.</b>

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

Правление МГНОТ

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

**СНОВА! Как получить нашу газету? СНОВА!**

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

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

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ			
Ф.И.О.	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Место работы	Должность

Контактный телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Купон высылайте в конверте по адресу:  
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед  
Газета высылается БЕСПЛАТНО

**Сопредседатели секции:**

- Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Чучалин А.Г., академик РАМН, д.м.н., профессор
- Ноников В.Е., д.м.н., профессор
- Белевский А.С., д.м.н., 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:**

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

**Программа заседания:**

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

**Сопредседатели секции:**

- Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Чучалин А.Г., академик РАМН, д.м.н., профессор
- Ноников В.Е., д.м.н., профессор
- Белевский А.С., д.м.н., 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»

## Приглашение

«Герпетические  
инфекции»

30 сентября 2008 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

## Приглашение

«Клинический  
разбор»

16 октября 2008 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

## Приглашение

«Бронхиальная  
астма.  
Рано  
успокаиваться»

28 октября 2008 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Уважаемые коллеги!

Курс Стандартизация в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ФППОВ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова регулярно проводит циклы тематического усовершенствования, предназначенные для врачей всех лечебных специальностей, специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения по следующим направлениям:

- Стандартизация в управлении качеством медицинской помощи (29.09—24.10.2008; 27.11—24.12.2008).
- Медицина доказательств и клинико-экономический анализ в управлении качеством в здравоохранении (27.10—24.11.2008).

Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:

- Система обеспечения качества в здравоохранении.
- Система стандартизации в РФ, законодательство РФ по стандартизации.
- Протоколы ведения больных.
- Стандартизация в сфере лекарственного обращения.
- Клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ медицинских технологий, медицина доказательств, основы формулярной.

Цикл является бюджетным для организаций (учреждений), относящихся к системе Минздрава РФ, лично участниками курса оплачивается только проезд и проживание в гостинице. Для организаций (учреждений), не относящихся к системе Минздрава РФ или имеющих негосударственную форму собственности, цикл оформляется на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Заявки на обучение принимаются по тел./факс 609-13-57,  
e-mail: standartmed@list.ru  
не менее чем за 2 недели до начала цикла

4 сентября отметил 60-летие директор Института ревматологии РАМН, академик РАМН, профессор Евгений Львович Насонов.

В 1972 году Е.Л. Насонов окончил 1-й Московский медицинский институт имени И.М. Сеченова, затем — клиническую ординатуру и аспирантуру в академической группе члена-корреспондента АМН СССР З.А. Бондарь. После окончания в 1978 году аспирантуры работал в ЦНИЛ 4-го Главного Управления при Минздраве СССР младшим, а с 1979 года — старшим научным сотрудником. С 1986 по 2001 год работал в Российском кардиологическом научно-производственном комплексе Минздрава РФ в должности руководителя лаборатории клинической иммунологии Института клинической кардиологии имени А.П. Мясникова. С 2001 года Е.Л. Насонов — директор ГУ Института ревматологии РАМН. С 1991 года он заведует кафедрой ревматологии Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова. В 1977 году Е.Л. Насонов защитил кандидатскую диссертацию на тему «Нарушение гуморального иммунитета при хронических прогрессирующих заболеваниях печени», в 1986 году — докторскую диссертацию «Циркулирующие иммунные комплексы при заболеваниях внутренних органов». В 1991 году утвержден в ученом звании профессора по специальности «терапия». В 2000 году избран членом-корреспондентом РАМН по специальности «ревматология». Основные направления научных исследований Е.Л. Насонова — иммунопатология ревматических болезней, заболеваний миокарда и атеросклероза, разработка новых методов иммунологической диагностики и подходов к лечению воспалительных заболеваний человека. Особое внимание Евгений Львович уделяет изучению иммунных механизмов тромбообразования, роли иммунопатологических процессов в развитии и прогрессировании ревматоидного артрита, системной красной волчанки, системных васкулитов и воспалительных миопатий. Е.Л. Насонов является координатором (от России) многих круп-



ных международных исследований (I—III фазы), посвященных оценке эффективности новых противовоспалительных препаратов. Е.Л. Насонов — терапевт широкого профиля. Он проводит большую лечебную и консультативную работу, связанную, в частности, с диагностикой иммунных нарушений при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и ревматических болезнях. Под руководством и при консультации Е.Л. Насонова защищены несколько десятков диссертаций. Е.Л. Насонов — автор и соавтор более 500 печатных работ, в том числе монографий «Васкулопатия при антифосфолипидном синдроме» (1995), «Фармакотерапия ревматических заболеваний» (1996), «Ревматологические проблемы остеопороза» (1997), «Васкулиты и васкулопатии» (1998), «Нестероидные противовоспалительные препараты. Перспективы применения в медицине» (1999), «Рациональная фармакотерапия ревматических болезней» (2003), «Антифосфолипидный синдром» (2004), справочного пособия «Клиника и иммунопатология ревматических болезней» (1995), учебного пособия «Ревматология в вопросах и ответах» (1994), 12 глав в монографиях, том числе в руководстве «Ревматические болезни» (1997), главы «Ревматические болезни» в учебнике по внутренним болезням для студентов медицинских вузов. Е.Л. Насонов — заместитель председателя Формулярного комитета Минздрава РФ, заместитель президента Ассоциации ревматологов России, член правления Московского городского научного общества терапевтов, ученого совета ГУ Института ревматологии РАМН, председатель специализированного совета по ревматологии ВАК РФ, член редколлегии журнала «Клиническая медицина», «Клиническая геронтология», газеты «Московский доктор» и ряда других медицинских изданий.

Коллектив Московского городского научного общества терапевтов и «Московского доктора» поздравляют Евгения Львовича с юбилеем и желают здоровья, процветания и творческого долголетия!

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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