



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

А.Л. Сыркин: Глубокоуважаемые коллеги и дорогие друзья, вы все знаете, что сегодня необычное заседание нашего Общества: 1 ноября Андрею Ивановичу исполнилось 80 лет и его чествовали в этот день в Доме Ученых. Было очень много громких и справедливых, заслуженных похвал, много поздравлений. Все было очень празднично, очень тепло. Но есть аудитория, которая может быть профессору Воробьеву теплее всех аудиторий на свете — это анатомическая аудитория 1-го меда. Андрей Иванович сюда пришел студентом первого курса и за этим столом сидели Мясников, Василенко, Виноградов, Тареев, Восси, Кассирский и многие другие, чьи имена мы вспоминаем с глубоким уважением. Более 20 лет Андрей Иванович Воробьев — председатель нашего общества. Можно было бы много говорить о его разносторонней деятельности и преподавателя, и ученого, и общественного деятеля, и чиновника высокого ранга. В трудные годы Андрей Иванович был министром здравоохранения, и мы не раз жалели, что он недолго был министром. Мы все поздравляем Андрея Ивановича, желаем ему всего самого лучшего. Здесь адрес от нашего Общества, в котором написано много хороших слов, а самое главное, Андрей Иванович, вместе с адресом и цветами примите нашу любовь.

Академик РАН и РАМН, профессор А.И. Воробьев. Дорогие друзья, товарищи! Гиперкоагуляционный синдром — понятие, придуманное в клинике и представляющее собой повышенную готовность к свертыванию. Мне, до мозга костей клиницисту, крайне неприятно демонстрировать патологию, которая не имеет никаких клинических признаков. Предшествующая клиническая демонстрация подтверждает это: мальчик имел скрытый тромбогенный дефект, который в силу наверняка причинных моментов, которые настолько мало заметны, что их и определить-то нельзя, приводит к тромбозам.

Так повелось, что когда мы начали разделяться с неандертальцами — а мы их скушали и стали людьми — мы представляли большую гетерогенную группу. Владимир Павлович Эфроимсон — наш гениальный генетик, спасший советскую генетику. И это — несмотря на то, что за свою жизнь он успел 3 раза присесть, провоевать всю войну в армейской разведке — его не зачислили в штат, потому что он был арестантом в прошлом, и нельзя было в КГБ, а он — номенклатура госбезопасности в армейской разведке. Воин он был очень хороший, поэтому, отвоював войну, он снова вернулся в тюрьму, после этого он успел написать изумительную книгу «Введение в медицинскую генетику», а потом целую серию исключительно ярких статей. Я его лично знал, но уже больным и пожилым. Он написал блестящую работу «Генетика альтруизма».

Генетически запрограммированный альтруизм — откуда он берется? Человечество выжило потому, что оно грубо гетерогенно. Одни люди по наследству ухватили некую гипоманию — они находчивы, быстры, продуктивны необыкновенно, из под их пера летят строки. Другой тип человека: аккуратен, четок, он никогда не оставит незастеленную кровать, грязную посуду и незакрытые шкафы. Первый тип рано просыпается, хорошо работает, мало спит, второй хорошо спит, но фундаментален. Я не буду продолжать эту линию по гетерогенности, но она не могла быть случайной.

Вы знаете, что есть народ, который уменьшение магния в пище переносит неважно и дает довольно высокую популяцию инфарктных больных. Это контингент, который живет на гранитном лбе, это Карелия, финны, карелы. Другая группа людей педантичных, четких, немножко вязких, они часто страдают судорогами от пустяковой потливости, от пустяковой потери кальция, это врожденные

Еще раз — что такое гиперкоагуляционный синдром? При отсутствии тромбозов повышенная готовность к свертыванию. Клинической картины может не быть.

немного «гипокальциевые» люди. В этой семье вы можете столкнуться с эпилептиками, особенно у детей в условиях необычных. Так этой гетерогенностью мы пользовались в то время, когда мы боролись с неандертальцами за владение пещерой. Выжили те, кто в этих условиях был лучше приспособлен.

## Гиперкоагуляционный синдром в клинике внутренних болезней

Доклад на заседании МГНОТ  
12 ноября 2008 года



Я ничего не могу сказать в адрес наследственных тромбопатий, зачем они — я этого не знаю. И вообще три четверти того, о чем я буду рассказывать, я не знаю отчего и почему, это некая констатация фактов.

Вот тромбоз в легочной артерии молодого паренька 17 лет: у него появилась одышка, он закашлялся, в тяжелом состоянии попал к нам. Мы видели, что обтурирована правая главная ветвь легочной артерии, стали по Москве искать людей, которые оперируют на легочной артерии — это была первая и генеральная глупость, которую мы сделали. Нам обещали на после-послезавтра взять больного, ну и за эти дни мальчик скончался. А что надо было делать: открыть грудную клетку, раздавить к чертовой матери этот тромб и протолкнуть его дальше, если мы не могли открыть легочную артерию. Когда-то Жаткевич Миша, знаменитый наш врач, взял и вынул тромб и спас больного. Но он страдал одной особенностью — этот двухметровый гигант с изумительными руками — принципиально не писал научных статей. За него написал статью Малиновский, он сделал это на собаках и подписал статью Жаткевич, Малиновский: иначе бы мы и этого не знали. Нужно вмешиваться, когда обтурируется главная ветвь, выхода никакого нет!

Еще раз — что такое гиперкоагуляционный синдром? При отсутствии тромбозов повышенная готовность к свертыванию. Клинической картины может не быть. Но я бы был с этим поосторожней: если ты абсолютная дубина, то у тебя часто «чего не бывает». Но это возраст больше 50, ожирение порядочное, курит, как идиот, в общем много всяких мелких особенностей, которых взять в руки нельзя, а заподозрить можно.

Тромбируется в игре кровь — необязательно. Так все — необязательно. Тромбирование вен — необязательно. Удлинен фибринолиз, если верхняя граница 12, то всегда за 20—30, в 2—3 раза и гораздо больше. Но удлинение фибринолиза — показатель никакой, он не патогномоничен никакому заболеванию и не сопровождается клиническими особенностями. Это некое «истощение фибринолитической активности», но не более того.

Я хочу вспомнить своих друзей и сограждан, товарищей по работе. Мария Семеновна Мачабели сделала работу по тромбеморрагическому синдрому под лестницей на кафедре у Иосифа Абрамовича Кассирского. Когда я был в ординатуре, Иосиф Абрамович подхихикивал над ней, и мы все тоже не понимали, как это так: если у больного течет кровь, надо вводить гепарин. И крутили пальцем у виска. Мы ничего не понимали. Сегодня мне уже даже и не стыдно, время прошло. Мы ее обожали, она хорошая женщина, она описала это странное явление, когда вдруг на фоне тромбирования и очень высокой тромбогенности крови вдруг начинался геморраж, геморрагический синдром.

Потом он вошел в быт под названием диссеминированное внутрисосудистое свертывание. Я добивался и добился, чтоб во всех изданиях энциклопедий приоритет Марии Семеновны был четко записан. Хотя покойный Зиновий Соломонович Баркаган мне говорил, что это знал еще Авиценна. Я его обычно его на этом останавливал. Я читал Авиценну, он конечно гениальный человек был, но читать его невозможно. Вот вы знаете, откуда мумие было? Это заспиртованная мумия. Это нынешнее мумие с крыш пещер, а то было вытяжкой из заспиртованных мумий человеческих эмбрионов, и они ложечками эту конструкцию спаивали и якобы хорошо помогало. Бог с ними. Поэтому Баркагана я обругал, а Марию Семеновну в энциклопедию вставил. Наверное, кто-то писал и до, но все-таки в нашей стране понимание процесса этого — из рук Марии Семеновны и Зиновия Соломоновича. Баркаган предложил плазмой лечить ДВС-синдром.

Меня убеждали, что все это в американской литературе было раньше. Но, во-первых, я этого не видел, мы копались и не нашли. А во-вторых, уж за что можно было бы поручиться, так это за то, что американцы понятия не имели ни о настоящем ДВС-синдроме, ни о криоплазменном лечении. Когда после Армении мы оказались в Америке, и начали там что-то разбирать, они сказали: «Пускай нам этот лучше лекцию прочитает», ткнув пальцем в Баркагана. Они были против него просто дети, им абсолютно нечего было сказать. Будем считать, что криоплазменное лечение предложил Баркаган. Расплата за эту плазму — невероятное количество спасенных жизней — сотни, тысячи!

Вот как это у Марии Семеновны: первая фаза — гиперкоагуляция, связанная с появлением большого количества тромбопластина. Вторая фаза: коагулопатия потребления — это падает фибриноген, падают тромбоциты. Третья фаза — резкое снижение в крови всех прокоагулянтов и геморрагический синдром. Но она лаборант, у нее клинического смысла, понимания мало. Мы это все переиграли и сделали 2 стадии, обусловленные терапевтической целесообразностью.

Сейчас принято смеяться над революционной целесообразностью. Смейтесь, валяйте, сколько вам угодно. Но приезжает наша скорая в родильный дом, лежит белая больная, мутный взгляд — гиперкоагуляционная стадия ДВС — никаких анализов, ничего не надо! Та же самая ситуация, но из половых путей хлещет кровь и не свертывается на простыне — гипокоагуляционная стадия ДВС-синдрома. В первом случае надо лечить гепарином и литром плазмы, во втором случае — никакого гепарина и 2—3 литра плазмы. Мы спасаем всех. Литр плазмы или два? Это принципиальная вещь. Вводить гепарин — не вводить гепарин? Если вы будете знакомиться с зарубежными публикациями, то, во-первых, вам никто

А для начала, диагноз ДВС-синдрома элементарен, его ставят у нас, в тяжелой клинике, даже медицинская сестра — она увидела замолчавшего больного, допустим, она не знает слово ДВС, но она видит, что больной плох, плохо отвечает на вопросы, анимичен, истощается — больше ничего не надо.



## ИнтерНьюс

### Гибридным эмбрионам быть?

Британские организации, финансирующие научные и медицинские исследования, отказались выделять средства на создание гибридных эмбрионов. Финансирование не смогли получить 2 из 3 групп исследователей, получивших право «скрещивать» клетки человека и животных. Законопроект, разрешающий исследователям создавать гибридные эмбрионы (точнее, один тип гибридных эмбрионов — цитоплазматические), был одобрен британским парламентом и получил санкцию Ее Величества в конце 2008 г. Гибридные эмбрионы необходимы ученым и медикам для получения эмбриональных стволовых клеток, исследования которых возможно могут помочь в разработке лечения некоторых серьезных заболеваний. Три исследовательских группы еще раньше получили от Управления по оплодотворению и эмбриологии человека (Human Fertilisation and Embryology Authority, HFEA) лицензии на работу с эмбриональными стволовыми клетками. Однако из-за отказа в предоставлении необходимых средств, 2 из них столкнулись с перспективой заморозить проекты по работе с гибридными эмбрионами. Формальной причиной отказа стало финансирование других проектов. Один из исследователей, входящий в состав группы, оставшейся без денег, полагает, что отрицательное решение могло стать результатом давления ученых, считающих работу с гибридными эмбрионами аморальными. Руководитель 3-й группы, получившей от HEFA лицензию на работу, рассказал, что он и его коллеги пока не начали проводить опыты. Ученые собираются подать заявку на грант в ближайшее время.

Источник: medportal.ru

### Инсулин с плантации

Канадская биотехнологическая компания SemBioSys Genetics объявила о начале I фазы клинических исследований человеческого инсулина, полученного из трансгенных растений. На группе из 30 здоровых добровольцев эффект введения экспериментального препарата под рабочим названием SBS-1000 сравнят с действием двух препаратов рекомбинантного инсулина, полученных традиционным в последние десятилетия способом — с помощью генетически модифицированных бактерий. Специалисты SemBioSys встроили ген человеческого инсулина в геном *Carthamus tinctorius* — сафлора красильного (он же американский, или дикий, шафран, или красильный чертополох), однолетнее растения семейства сложноцветных. Количество проинсулина, синтезирующегося в семенах растения, оказалось достаточным для промышленной переработки. Для образования собственно инсулина на белок-предшественник приходится действовать ферментом, вырезающим лишнюю часть молекулы — так же, как при синтезе инсулина в клетках поджелудочной железы. Предварительные исследования, в т. ч. на грызунах и приматах, показали, что SBS-1000 ничем не отличается от человеческого инсулина. В то же время его производство должно быть намного дешевле, т. к. не требует применения ферментов с культурами бактерий. Руководство компании выражает уверенность в том, что результаты исследования покажут полную биологическую эквивалентность SBS-1000 существующим препаратам. Окончание первого этапа испытаний ожидаются уже в первой половине 2009 г. Специально для защитников окружающей среды разработчики подчеркивают, что сафлор — растение достаточно редкое, и диких родственников на территории Северной Америки у него почти нет. Это уменьшает возможность утечки трансгенов с плантации модифицированных растений в природные биоценозы.

Источник: портал «Вечная молодость»  
www.vechnayamolodost.ru

## ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 14.05.2008

**Председатель:** член-корреспондент РАМН, профессор Е.Е. Гогин

**Секретарь:** О.В. Борисенко

1. От группы авторов к.м.н. С.В. Чернавский (Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, эндокринологическое отделение)

### Клинические варианты течения метаболического синдрома

Число больных с метаболическим синдромом в Западной Европе составляет 40–60 млн. человек. В развитых странах среди населения старше 30 лет составляет 10–20%. Метаболический синдром характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности тканей к инсулину и гиперинсулинемией. Имеется несколько критериев метаболического синдрома, они различаются по присутствию висцерального ожирения и др. В 2007 г. в России приняты критерии, разработанные Всероссийским научным обществом кардиологов: наличие абдоминального ожирения и 2 сопутствующих компонентов. Нами изучался вес ведущих компонентов метаболического синдрома в разных возрастных группах. У лиц старше 50 лет ведущим было нарушение липидного обмена, что приводило к развитию артериальной гипертензии. За 7 лет проспективного наблюдения в госпитале у 22,7% — сахарный диабет 2-го типа, у 29,6% — артериальная гипертензия, у 47,7% — артериальная гипертензия и сахарный диабет. Наибольшая частота инфаркта миокарда и инсульта была показана в последней группе.

Изучали факторы риска развития инфаркта миокарда у лиц с метаболическим синдромом. Были установлены предикторы: высокий уровень глюкозы, желудочковая экстрасистолия, повышение уровня систолического артериального давления и др. Также было проведено исследование предикторов развития инсульта.

Лечебные мероприятия направлены на основные звенья патогенеза: абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, нарушение углеводного и липидного обмена. Основа терапии — это немедикаментозная терапия. Возможно присоединение лекарственной терапии, но таких препаратов немного — орлистат и сибутрамин. Приоритетное направление в лечении метаболического синдрома — это коррекция инсулинорезистентности для профилактики развития сахарного диабета 2-го типа.

В России за последние 5 лет было проведено несколько исследований терапии метаболического синдрома: ЭКО, АПРЕЛЬ, МИНОТАВР. В исследовании квинаприла группа из 1489 больных была разделена на две группы — немедикаментозного лечения и комбинированной терапии: немедикаментозной и терапией квинаприлом. В основной группе через 24 недели произошло снижение массы тела на 4 кг/м<sup>2</sup>. Были получены достоверные различия по показателю липопротеидов высокой и низкой плотности, артериального давления. В исследовании акарбозы на фоне немедикаментозных мероприятий произошло снижение массы тела на 10 кг в основной группе (в группе контроля — на 4 кг), также нормализовались показатели углеводного обмена и артериального давления. В исследовании арифона ретарда через 12 месяцев терапии в основной группе снижение артериального давления и достижение целевого артериального давления было отмечено у 70% пациентов.

Метаболический синдром — это обратимое состояние. Его лечение препятствует возникновению сахарного диабета.

### Вопросы к докладчику:

**Вопросы:** Как часто наблюдается повышение альдостерона?

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**Ответ:** Достоверное значение имело определение уровня альдостерона в утренние часы, повышение наблюдалось более чем у половины больных.

**Вопрос:** Как часто наблюдали гиперурикемию у больных и назначали ли арифон в этих случаях?

**Ответ:** У 15–20%, в исследовании арифона такие пациенты не включались.

**Вопрос:** Снижение тестостерона влияет на течение метаболического синдрома?

**Ответ:** Такие исследования мы не проводили, вероятно, его снижение влияет на увеличение массы висцерального жира.

2. К.м.н. Н.Б. Ляпкина (Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко)

### Гипертрофическая кардиомиопатия: новые подходы к лечению (клиническая демонстрация)

Гипертрофическая кардиомиопатия — наследственное заболевание, характеризующееся чрезмерной гипертрофией сердечной мышцы. На ЭХО-КГ — утолщение желудочка, но при отсутствии артериальной гипертензии и клапанных пороков сердца. Встречается как благоприятное, так и неблагоприятное течение: выраженная гипертрофия, обструкция выносящего тракта, дилатация левого предсердия. Возможна внезапная смерть в любом возрасте.

Медикаментозное лечение гипертрофической кардиомиопатии включает бета-блокаторы, при мерцательной



аритмии — антикоагулянты. При рефрактерной симптоматике — хирургическое лечение — миоэктомия. Не так давно появился новый вид лечения — введение спирта в септальную перегородку — спиртовая абляция. Сейчас этот метод является альтернативным. Сравнительная эффективность этих двух методов дискутируется, необходимы отдаленные результаты наблюдений.

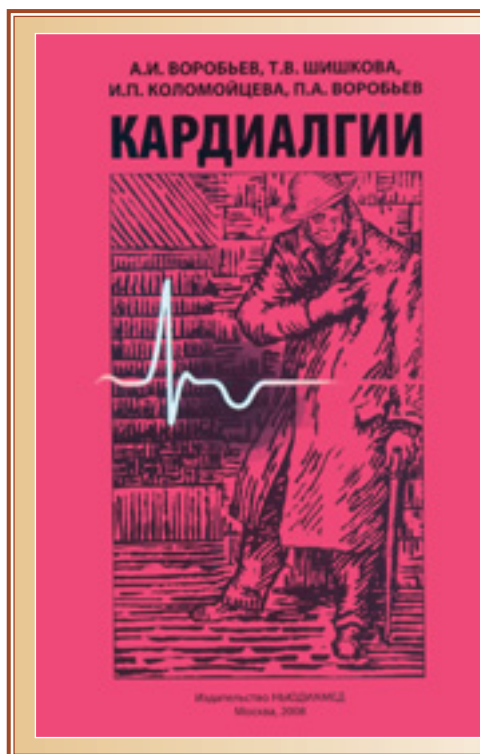
Собственные наблюдения: больной 42 лет, с 1995 г. появился систолический шум над областью сердца, жалобы появились с 1998 г. При осмотре: грубый систолический шум, АД 140/80 мм рт. ст. На ЭХО-КГ был подтвержден диагноз гипертрофической кардиомиопатии. Больному была показана спиртовая септальная абляция. Больной прослежен до 9 месяцев: увеличилась переносимость физических нагрузок, улучшилось общее состояние больного. Уменьшилась митральная регургитация. Размеры полостей сердца, фракция выброса не изменились. Таким больным целесообразно проводить контрольное исследование не ранее чем через 9 месяцев после абляции.

### Вопросы к докладчику:

**Вопрос:** Какое было ЭКГ-заключение суммарно по всем данным: была ли блокада? Как полностью звучит диагноз при выписке?

**Ответ:** ЭКГ через 9 месяцев выглядела типично: ритм синусовый, гипертрофия и перегрузка левых отделов серд-

Продолжение на стр. 3



## КАРДИАЛГИИ

4-е издание,  
переработанное и дополненное  
А.И. Воробьев, Т.В. Шишкова,  
И.П. Коломойцева, П.А. Воробьев

Издательство НЬЮДИАМЕД  
2008 г.

Книга посвящена кардиалгии — симптому очень многих болезней, в большинстве не связанных с собственно патологией сердца. В ней описаны клиника, диагностика и лечение при кардиалгии, возникающей вследствие болезней нервной системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, некоторых поражений сердечной мышцы (при гипотиреозе и тиреотоксикозе), алкогольная и медикаментозная кардиопатия, кардиалгия при пролапсе митрального клапана. Особое внимание уделено климактерической кардиопатии — наиболее частой причине болевого синдрома, который приходится дифференцировать с синдромами коронарной недостаточности. В 4-м издании (1-е издание вышло в 1973 г., 2-е — в 1980 г., 3-е — в 1998 г.) материал существенно переработан и дополнен.

Книга рассчитана на терапевтов, кардиологов, гинекологов, психиатров и врачей других специальностей.



Начало на стр. 2 ➔

ца. Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия. Хроническая сердечная недостаточность.

*Вопрос:* Инфаркт состоялся?

*Ответ:* Диагноз инфаркта должен звучать.

*Вопрос:* Много лет у пациента был систолический шум, митральная недостаточность на ЭХО-КГ. Не было ли это причиной гипертрофии миокарда? Может, сначала нужно было лечить митральную недостаточность?

*Ответ:* Гипертрофия была асимметричной, типичной для этого диагноза.

*Вопрос:* Получал ли пациент нитраты, и в каких дозах — бета-блокаторы?

*Ответ:* Нитраты — только короткодействующие. Дозы бета-блокаторов использовались низкие.

*Комментарий соавтора:* Здесь правильнее говорить не об инфаркте миокарда, а о химически-индуцированном некрозе миокарда.

*Комментарий:* Но коронарную артерию повреждаем? Получается артериогенный механизм. Инфаркт?

*Комментарий:* Появились новая классификация инфаркта, причем 3 формы — ятрогенные. Представленный случай к ним и относится.

**Выступление:** Нет более важной темы, чем метаболический синдром. Непонятно, что делать с его формами, при которых отсутствует гиперхолестеринемия или инсулинорезистентность? Нужно конкретизировать этот синдром, соотнести выраженность симптомов и прогноз. Необходимо в диагнозе указывать степень ожирения, гипергликемии и других проявлений. Второй доклад: очень интересный метод. Что касается демонстрации: длительно существующая митральная недостаточность может приводить к гипертрофической кардиомиопатии. После операции порок сердца остается, и клиника будет прогрессировать!

**Выступление:** Метаболический синдром — это не нозологический диагноз, его критерии четко, жестко не определены. Но взаимосвязь между его проявлениями имеются. Но нельзя путать ожирение и метаболический синдром. Важно, что при метаболическом синдроме комплекс симптомов приводит к развитию сахарного диабета. А диабет в свою очередь запускает сердечно-сосудистые осложнения. Это проблема междисциплинарная. А больной ходит между разными специалистами. Что касается спиртовой аблации — в представленном случае это был систолический шум изгнания. Аблация — рискованное вмешательство, но малый доступ делает его очень перспективным методом.

## ПИСЬМА

Уважаемый Павел Андреевич!

Ваше выступление по поводу методологии постановки диагноза («МД» № 23) меня так заинтересовало, что тотчас сел писать ответ.

На Ваше приглашение к диалогу врачей «...различных возрастов, различного стажа» (возможно для статистики?) сообщаю: я отношусь к неработающим врачам старшего возраста, стаж работы врачом 60 лет.

Судя по глубине анализа хода мысли врача при постановке диагноза, Вы считаете его главным в назначении лечения и исходе. И все так считают (верят в это): правильный диагноз — правильное лечение — благоприятный исход.

Я думаю, что это не так. Диагноз эпилепсии ставили еще при Гиппократе. Тогда были уверены, что причиной судорог является потеря семенной жидкости. В конце полового акта тоже происходит «трясение» организма. Поэтому для лечения эпилепсии предлагали кастрацию. Парацельс успешно лечил «методом соответствия». Следуя идее И. Мечникова, что в толстой кишке скапливаются вредные для организма микробы, для увеличения срока жизни человека удаляли часть кишечника. Миллионам людей производили ненужную тонзиллоэктомию, удаляли аппендикс, копчик.

Врачи ставили точный диагноз язвы желудка или 12-перстной кишки и были уверены, что микробы к этим заболеваниям отношения не имеют. Теперь о причине этих заболеваний другое представление и лечение другое. Других подобных примеров множество. По мере накопления знаний лечение больных с одинаковым диагнозом меняется. Значит, не постановка диагноза является главным в назначении целесообразного лечения.

Тем не менее, постановка диагноза является важнейшей частью лечения. Вы считаете, что главным в этом процессе является «озарение», и приводите пример с Архимедом. Я думаю, что между его «эврикой» и постановкой диагноза есть принципиальная разница. Архимед открыл новое, то, что до него никто не знал, а врачу требуется «подогнать» сведения о больном к существующему и известному ему диагнозу. Как ребенку во время игры в кубики, на сторонах которых нарисованы части разных животных, нужно их подбирать, чтобы получилась фигура животного. Ребенку даже немного сложнее. Если он будет действовать неверно, то никогда не получит правильного рисунка. Ошибку он сам увидит, да и воспитатель ему на это укажет.

Врач свободен от такого контроля. В зависимости от своих знаний он ставит диагноз, будучи в нем полностью уверенным, и назначает соответственное лечение. Никто его в этом не контролирует. Так как во множестве случаев выздоровление наступает без лечения, а нередко вопреки ему, это внушает врачу уверенность в правильности поставленного им диагноза и лечения.

Постановка диагноза — рутинное дело. Она зависит только от количества знаний врача и умения логически мыслить. Этому учат. Никаких открытий врач при поста-

**Выступление:** Хочу отметить роль генетики в метаболическом синдроме. Второй вопрос — сочетание проявлений метаболического синдрома. Третий вопрос — образ жизни пациента. Метаболический синдром — это не диагноз, но он приводит к тяжелым опасным последствиям. И этими больными должны заниматься терапевты. Во втором докладе — по-моему, состоялся инфаркт миокарда, пусть и ятрогенный.

**Выступление В.М. Ключева:** Несколько слов об организационных формах того, что было представлено. Сейчас в России строят несколько центров сердечно-сосудистой хирургии, даже в регионах с малым населением. Метод спиртовой аблации — инновационный метод и появился только в 1989 году. Его выполнение, как и многих других, возможно только в условиях наличия специальной службы, обученного персонала, с доступностью сложного диагностического и лечебного оборудования. Метаболический синдром полиэтиологичен. Но многочисленные заболевания, которые лежат в его основе, возможно, не являются причинами, а лишь условиями. А причины могут лежать в области генетики, инфекционных заболеваний.

**Заключение председателя:** Главный госпиталь — интересное учреждение, которое в сложнейших условиях выполняет фантастическую работу. Из истории: это первая школа отечественных врачей, также это первый стационар. Сначала это было рассчитано на военный контингент, но им не ограничивались. Для постановки обучения был привезен хирург Бидлоу. Приехал в качестве лейб-медика Петра I, но когда двор переехал в Петербург, он ходатайствовал о возможности закончить обучение первого выпуска врачей. Потом появились морские госпитали. Когда в Петербурге образовалась Военно-хирургическая академия, то их появилось сразу две: в Москве и Петербурге. Основные силы Московской академии вошли в состав факультета МГУ. К середине XIX века «завяла» Московская академия, но после Великой Отечественной войны перед госпиталем была поставлена задача — превратиться в кузницу кадров. Сейчас в госпитале — 12 кафедр. Сегодняшние доклады построены на больших наблюдениях. Что такое метаболический синдром? А нарушения обмена мочевиной кислоты? А другие нарушения обмена? То же метаболический синдром! Мы обязаны пользоваться МКБ-10. Во введении подчеркивается, что это классификация статистическая, а не нозологическая. И имеются ссылки на нозологические классификации. Сейчас мы должны мыслить не только синдромной классификацией, но нозологической.

новке диагноза не делает. «Озарение, интуитивный, неосознанный уровень» постановки диагноза допустим для Джуны или Чумака, но не для врача.

Мне кажется, что не следует преувеличивать значение «незначительного факта», в правильной постановке диагноза. Чем измеряется значительность факта? Если врач не учел его, а он был решающим, значит, у врача не было достаточно знаний, опыта, так как знания забываются и не «вытаскиваются» из сознания в то время, когда они нужны. Это приходит с опытом. При повторении вырабатывается условный рефлекс, не более того. Компьютер при его колоссальной памяти и точности исполнения заданной программы мог бы намного точнее ставить диагноз. Требуется только правильно написать такую программу. Тогда исчезнет «эмоциональная составляющая диагноза», и диагноз не будет являться гипотезой.

«Интуитивная» составляющая в постановке диагноза оправдывает «интуитивное» лечение и веру в участие в этом высших сил. Николай Коперник в конце рецепта из более 10 ингредиентов написал: «Это тебе поможет, если того захочет Бог». Вера дает врачу интуитивное, подсознательное оправдание собственной ошибки — на все воля Божия.

Стандартизация лечения свидетельствует о стремлении ограничить интуицию врача, обявывая его следовать выверенному, оправдавшему себя в большинстве случаев лечению. Конечно, врачу немного обидно. Ведь стандартизация удаляет миф исключительности: «Все профессии от людей, только три: учить, судить и лечить — от Бога». Зато, выполняя стандарты лечения, врач защищен от судебной ответственности за результат. Ради этого стоит отказаться от амбиций признания медицины наукой. Какая уж тут эвристика!

Медицина наука или искусство? Надо бы добавить: или ремесло? На последний вопрос можно сразу ответить отрицательно, так как рабочий точно знает, что он должен делать, и какими средствами он может получить желаемый результат. Отклонение от известного стандарта приводит к неудаче и карается. Врача за ошибки не наказывают.

Задача художника, писателя или артиста — привлечь к себе внимание, отклониться от стандарта. Только так они приобретают славу и деньги. «Не продается вдохновение, но можно рукопись продать».

Медицина — пока не наука. Современная наука основана на законах природы, а врачи даже гордятся, что они, мол, выше физиков и лириков, так как телесная оболочка человека, якобы, неподвластна законам природы.

Стандартная медицина действительно не наука. Она, несомненно, будет способствовать уменьшению врачебных ошибок, но ни на йоту не продвинет понимания сущности заболевания, целесообразных закономерностей механизмов болезней, и, исходя из этого, назначения правильного, т. е. физиологического лечения.

Но это другой разговор.

С. Фейгельман

## ИнтерНьюс

Хоть кому-то в кризис повезет...

Медицинские представители, продакт-менеджеры (работающие в медицине и фармации), провизоры и фармацевты, а также врачи входят в список наиболее дефицитных специальностей в рейтинге рекрутинговой компании HeadHunter. Несмотря на значительные изменения, которые произошли на рынке труда в последнее время, специалисты медицины и фармацевтики могут быть уверены: безработица им не грозит, считает президент группы компаний HeadHunter Ю. Виронец. По его словам, дефицит специалистов, о котором так много говорили в 2007 и начале 2008 г., сменился избытком кандидатов и сокращением числа вакансий. Рост зарплат прекратился, а в некоторых специальностях наблюдается уменьшение размера средних окладов. В октябре-ноябре количество еженедельно публикуемых вакансий составляло лишь 25–40% от уровня августа. А число еженедельно поступающих резюме увеличилось. Например, в профессиональной области «административный персонал» число резюме увеличилось на 30–60% по сравнению с августом, банковской сфере — на 15–20%, в сфере управления персоналом — на 20–40%. Картина в сфере медицины и фармацевтики более оптимистична — здесь наблюдается существенный прирост вакансий. Впервые за все время подсчета аналитики НН зафиксировали попадание медицинских и фармацевтических специальностей в рейтинг наиболее дефицитных на рынке профессий. В частности, если в феврале 2008 г. медпредставители находились в рейтинге лишь на 26-м месте, то в ноябре 2008 г. они поднялись на 5-е место, продакт-менеджеры (медицина и фармацевтика) заняли — 8-е место (в феврале 2008 г. — 29-е место), провизоры и фармацевты оказались на 10-м месте (в феврале 2008 г. — 58-е место). Врачи, которые в феврале 2008 г. даже не попадали в первую сотню дефицитных специальностей, в ноябре 2008 г. заняли в рейтинге 17-ю строчку. Согласно статистике HeadHunter, зарплатные предложения работодателей медпредставителям и ожидания претендентов на эти вакансии практически совпадают и составляют примерно 35 тыс. руб. В это же время провизоры и фармацевты, рассчитывающие на зарплату в 30 тыс. рублей и более, получают от работодателей, согласно опубликованным вакансиям, предложения в размере 25 тыс. 400 руб. Средние оклады, предлагаемые врачам, составляют 35 тыс. руб., при ожидаемых 40 тыс. и более.

Источник: Фармавестник

### Вывихи голеностопного сустава рецидивируют

Для оценки эффективности терапии и определения тактики лечения важно иметь ясное представление о процессе выздоровления после острого латерального вывиха голеностопного сустава и оценивать возможные факторы, ведущие к нарушению этого процесса и повторным вывихам. Для этого доктор Р. ван Райн с коллегами провели поиск в электронных базах данных MEDLINE, CINAHL, PEDro, EMBASE и Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний. Был отобраны обсервационные исследования и контролируемые испытания, включавшие взрослых пациентов, страдавших от острых латеральных вывихов голеностопных суставов и получавших традиционное лечение. Должен был быть описан один из следующих исходов: боль, повторный вывих, нестабильность или выздоровление. Всего в обзор было включено 31 исследование, 24 из которых были высокого качества. Отмечалось быстрое уменьшение количества сообщений о боли в течение первых недель. От 5 до 33% пациентов все еще испытывали боль через 1 год после повреждения, от 36 до 85% отметили полное выздоровление в течение 3-летнего периода. Риск повторных вывихов варьировал от 3 до 34%, и повторный вывих регистрировали в период от 2 недель до 96 месяцев после повреждения. Отмечалась значительная вариабельность частоты жалоб на нестабильность: от 0 до 33% в высококачественных исследованиях и от 7 до 53% в низкокачественных. В одном из исследований описывали прогностические факторы и показали, что тренировка чаще 3 раз в неделю — прогностический фактор для остаточных симптомов.

Источник: Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2008, № 3



## ИнтерНьюс

### Соки против здоровья

В последние годы выполнен ряд исследований, посвященных изучению влияния фруктовых соков на фармакокинетику лекарственных средств. Основными механизмами фармакокинетического взаимодействия лекарственных средств с фруктовыми соками являются ингибирование или индукция соединений, входящих в их состав, по отношению к изоферментам цитохрома Р-450 и транспортерам (гликопротеин-Р, транспортеры органических анионов). Доктором Д. Сычевым с коллегами представлен анализ результатов наиболее «показательных» клинических исследований по этой проблеме. Фармакокинетическое взаимодействие лекарственных средств с фруктовыми соками может иметь «клинические последствия» в виде снижения эффективности фармакотерапии или развития нежелательных реакций. Врачи, хотя и информированы о данной проблеме, но все-таки недооценивают опасность взаимодействия лекарственных средств и фруктовых соков, поэтому и не дают рекомендации пациентам, не считая эту проблему важной. В России пока не решены регуляторные вопросы по информированию врачей и пациентов о возможных клинически значимых взаимодействиях лекарственных средств с фруктовыми соками. Соблюдение простых правил поможет врачу избежать у пациентов негативных «клинических последствий» этих взаимодействий.

*Источник: Клиническая фармакология и фармакоэкономика, 2008, № 2*

### Кого будут спасать в кризисе

Данный перечень утверждается правительственной Комиссией по повышению устойчивости развития российской экономики, не является исчерпывающим и может корректироваться решением Комиссии. Для обеспечения постоянного мониторинга финансово-экономической и социальной ситуации соответствующие министерства будут создавать рабочие группы при Комиссии по повышению устойчивого развития экономики с участием представителей Минэкономразвития, Минфина, Минрегиона, банка-партнера (Сбербанк, ВЭБ, ВТБ, Газпромбанк и другие кредитные организации), администрации соответствующего региона и менеджмента предприятия. По итогам мониторинга рабочая группа будет принимать либо план по оздоровлению компании, либо решение о продолжении мониторинга. Включение организации в указанный перечень «не является гарантией финансовой поддержки». Главная задача работы с такими компаниями — поддерживать их устойчивость, используя не только кредитные инструменты, но и другие меры, такие как государственные гарантии, субсидирование процентных ставок, реструктуризация налоговой задолженности, государственный заказ, таможенно-тарифная политика и т. д. Кроме этого, при необходимости будут минимизироваться негативные социально-экономические последствия от прекращения деятельности таких предприятий, говорится в сообщении пресс-службы правительства РФ. В перечне — 295 организаций. Единственная аптечная сеть, вошедшая в перечень — аптечная сеть «36,6». Системообразующими для фармпромышленности признаны: ОАО «Фармстандарт», Верофарм, СИА Интернешнл, Протэк, Химрар, НПО Микроген, Мосхимфармпрепараты, ОАО «Отечественные лекарства (Валента)», Фарм-центр, ЗАО «Фармсинтез». Такой перечень — не обязательство поддерживать организации «любой ценой, а означает необходимость мониторинга их», сказал ранее помощник президента РФ по экономической политике Аркадий Дворкович. На этом же делает акцент и глава Минпромторга Виктор Христенко — это не «список счастья» с точки зрения того, что попадание в него будет считаться, что теперь у них все будет хорошо».

*Источник: АМИ-ТАСС*

### Экономика остеоартроза

Доктором А. Хохловым с коллегами проводилось клинико-экономическое исследование различных подходов к лечению остеоартроза. На фоне восстановительного лечения отмечалось выраженное повышение качества жизни пациентов: при патологии коленных суставов — на 2,9 балла, при поражении тазобедренных суставов — на 1,7. При ведении пациентов в условиях стационара динамика качества жизни составляет соответственно 3,3 и 2,6 балла. Меньшая величина показателей «затраты/эффективность» и «затраты/полезность» отмечалась у больных с остеоартрозом коленных, чем тазобедренных суставов.

*Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении 2008, № 11*

Начало на стр. 1 ↗

этого не скажет, сразу будут спрашивать какой уровень тромбина? Какой уровень фибриногена? Плазмина? Ничего этого в экстренной терапии нет и быть не может! Потому что когда лежит родильница — спасти можно только по минутам, или вы ее просто потеряете. Да мне не нужно ничего. Но мне все показатели будут жизненно необходимы, когда я ее вывел из гипокоагуляции, когда кровотечение кончилось, и надо решать вопрос: вводить ли гепарин. Вводить, конечно, но какую дозу и как долго, я без лаборатории решить не смогу. Я тут без лабораторного костыля просто безногий. Но это потом.

А для начала, диагноз ДВС-синдрома элементарен, его ставят у нас, в тяжелой клинике, даже медицинская сестра — она увидела замолчавшего больного, допустим, она не знает слово ДВС, но она видит, что больной плох, плохо отвечает на вопросы, анимичен, истощается — больше ничего не надо.

Я постараюсь вернуться к разъяснению того, почему так легкомысленно я отбросил всю лабораторию, и позволил себе так невежливо обойтись с диагностикой. Вы помните, что Николай Иванович Пирогов точно так же обходился с диагностикой на поле боя, когда он видел раненого с вытянутым заостренным лицом, молча переносящего свои страдания, он знал, что дело плохо. Если ранение живота, то это всегда перитонит. Это упавшее артериальное давление и диссеминированное внутрисосудистое свертывание. Поскольку ДВС-синдром и в стадии гиперкоагуляции, и гипокоагуляции лабораторно подтверждаются идеально, то проверить свое клиническое наблюдение не составляет никакого труда.

Вся сегодняшняя речь посвящена именно тому, что гиперкоагуляционный синдром может превратиться в ДВС-синдром под влиянием довольно малозначительных явлений. Больше всего я боюсь мочегонных и любых процессов, которые меняют концентрационную ситуацию в крови. Больному по поводу эритремии, тяжелой эритремии, больному с «чугунным лицом», делают не только что полученном аппарате эритроцитозферез. Все правильно: показано. А больной — начальник отдела кадров министерства, и вдруг раздается крик, потом больной теряет сознание, а потом из всех дырок потекла кровь. К счастью все обошлось, хотя конечно «завели дело», как тогда говорили. А что было? Ничего не было. Больному просто изменили «концентрацию крови», хотя думали, что в лучшую сторону, но ворвались со своим сепаратором, со своей пластмассой в активацию свертывания. Когда кровь контактирует с инородной поверхностью, резко повышается гемостатический потенциал. Это неизмеримо — а вот хватило. Дальше была взрывная реакция, кровь свернулась молниеносно, мы ничего не могли сделать.

И гиперкоагуляционный синдром плеторы перескочил в ДВС-синдром. Именно поэтому так важно знать, что он есть — синдром гиперкоагуляции.

Совершенно другая область — в Свердловске была проблема смертности родильниц, впрочем, у нас у всех она была. Они знали из работ гематологов, в частности Зиновой Соломоновны, природу этого явления. Это токсикоз беременности, гестоз, аутоиммунные конфликты, обычно они в той или иной мере ассоциируются с васкулитом, характеризующимся тем, что появляется белок в моче, отечный синдром. И они стали проверять систему свертывания у родильниц и когда увидели, что значительная часть родильниц, тех, которые с токсикозом, страдают грубой гиперкоагуляцией, они стали проводить плазмаферез, они стали давать дезагреганты, а главное, что у них на глазах исчезла эта фантастическая смертность родильниц.

Не забывайте, что в нашей стране в 1992 г. она была в 8 раз выше, чем в Европе. Ну, многое можно было спихнуть на рассредоточенность населения, мол, у нас деревни далеко от пунктов оказания помощи. Все так, но и не совсем так. Гиперкоагуляционный синдром беременных, страдающих токсикозом, во время родов, особенно стремительных, заканчивался ДВС-синдромом. Роды — это патология, и не нужно начинать фантазерские разговоры на тему «что есть болезнь, что есть неболезнь». Ничего себе «неболезнь» — женщина вся в отеках — это норма? А когда этот головастик на своем пути рвет родовые пути — ткани влагалища, шейку матки — это тоже норма? Человеческие роды находятся в разряде патологических явлений, потому что раньше смертность родильниц исчислялась в 1—2%. Маленькая княжна умерла в «Воине и мире» по вполне естественным

мотивам: да, маленькие женщины тогда умирали, у них было некое несоответствие родовых путей головке плода. Я не берусь сейчас диагноз ставить, там могло быть что угодно, но это бывало часто. И вот гиперкоагуляционный синдром беременности, да плюс стремительные роды, элементарный вопрос и элементарный ответ: что такое стремительные роды? — Это 2,5—3,5 кг плода, 1,5 кг воды и полкило плаценты при стремительных родах сразу из живота вываливается. Этого вполне достаточно для шока, для падения артериального давления. А падение артериального давления в условиях гиперкоагуляции немедленно может привести к началу диссеминированного свертывания.

Именно поэтому то, что ты не видишь, но знаешь — гиперкоагуляционный синдром — и то, что ты хорошо диагностируешь, разделено очень тонкой прослойкой, иногда исчисляемой несколькими минутами. Друзья мои, никаких скидок, никаких оговорок — диагноз ДВС-синдрома ставится клинически, а подтверждается лабораторно. Но не наоборот. Если будет наоборот — мы теряем больных.

Как диагноз ставится клинически? Полиорганная патология: первое — это голова: односложные ответы на вопросы, потеря юмора, никогда улыбки, истощенные односложные ответы уже после 3—4 вопросов. Что такое тяжелый больной? Он амимичен, ни на что не жалуется, ничего не просит и не сразу отвечает. Вы слушаете легкие: зоны бронхиального дыхания, на снимке будут облаковидные тени интерстициального отека. Слушаешь сердце — или эмбриокардия или резкое укорочение систолы, симптом почему-то непонятный. Печень всегда увеличена, — будь добр смотреть. А может он алкоголик? Может и алкоголик, но причем тут эмбриокардия или укорочение систолы, или голова? Врач должен все это сложить. Слушаешь живот — нет перистальтики, молчит, и не вздувается — это же поразительная симптоматика. Не перитонит — он не болит, никаких «Блюмбергов» там нет. Это обернется через 2—3 дня количеством кала в целый унитаз. И нет мочи, но никто этого не замечает, хоть ты убейся, никто про диурез не спрашивает.

Вот еще один абсолютный безошибочный симптом — попробуйте пожать руку — вы взяли в руку селедку, а не руку. Еще один симптом — язык. Работает симптом без осечки — на просьбу показать язык, больной его едва дотягивает до края зубов. Почему? Потому что микросвертывание в сосудах везде! Бывают ли исключения? Наверно, но я не видел. Это сумма признаков, которая не подводит никогда. Я же это спрашиваю не у здорового, а у больного человека, он зачем-то попал в стационар.

Конечно, берут анализ крови, и важнейший признак ДВС-синдрома — это признак потребления. Потому что кровь totally свернулась, у вас уменьшенное количество тромбоцитов, уменьшенное количество фибриногена, у вас может упасть протромбин и антипротромбин III. Только не ждите, что все будет снижено, этого никогда не бывает, и фибриноген может быть нормальный, потому что он был перед этим резко повышен, но признаки потребления будут.

Анекдотический случай — позвали консультировать больного с тяжелейшим инфарктом миокарда, говоря, что не понимают, откуда у него анемия. Я говорю: «Там белок в моче. Принесите, я посмотрю под микроскопом, скажу почему». Они не понимают, откуда я все это знаю. Когда ДВС-синдром, то эритроциты попадают в фибриновые пробки и рубятся там, и в большом количестве циркулируют в крови. Потом селезенка их сожрет, эти дефектные эритроциты и через 1—2 дня они исчезнут. Иногда можно получить и непрямой билирубин, потому что это лизис. Но не обязательно. И вообще — кто теперь ретикулоциты считает, токсогенная зернистость? Это уже забыто. А фрагментация эритроцитов — задним числом — признак перенесенного ДВС-синдрома.

Только понимание причин смертности родильниц позволило в 3 раза снизить ее. Этим делом занималась, одной руки хватит, чтобы сказать, сколько человек. Это — хороший агитпроп через газеты, журналы и больше ничего. А что надо было сделать? Надо в родильных домах запретить переливать цельную кровь, которая усугубляет тяжесть ДВС-синдрома, и иметь запасы плазмы, а если идут на кесарево сечение, то заготавливать аутоплазму. Ничего больше! Начался ДВС — влил плазму и все остановилось. Зиновий Соломонович Баркаган сделал это.

Конечно, берут анализ крови, и важнейший признак ДВС-синдрома — это признак потребления. Потому что кровь totally свернулась, у вас уменьшенное количество тромбоцитов, уменьшенное количество фибриногена, у вас может упасть протромбин и антипротромбин III. Только не ждите, что все будет снижено, этого никогда не бывает, и фибриноген может быть нормальный, потому что он был перед этим резко повышен, но признаки потребления будут.

Вся сегодняшняя речь посвящена именно тому, что гиперкоагуляционный синдром может превратиться в ДВС-синдром под влиянием довольно малозначительных явлений. Больше всего я боюсь мочегонных и любых процессов, которые меняют концентрационную ситуацию в крови.

Гиперкоагуляционный синдром беременных, страдающих токсикозом, во время родов, особенно стремительных, заканчивался ДВС-синдромом. Роды — это патология, и не нужно начинать фантазерские разговоры на тему «что есть болезнь, что есть неболезнь». Ничего себе «неболезнь» — женщина вся в отеках — это норма? А когда этот головастик на своем пути рвет родовые пути — ткани влагалища, шейку матки — это тоже норма? Человеческие роды находятся в разряде патологических явлений, потому что раньше смертность родильниц исчислялась в 1—2%.

Друзья мои, никаких скидок, никаких оговорок — диагноз ДВС-синдрома ставится клинически, а подтверждается лабораторно. Но не наоборот. Если будет наоборот — мы теряем больных.

Конечно, берут анализ крови, и важнейший признак ДВС-синдрома — это признак потребления. Потому что кровь totally свернулась, у вас уменьшенное количество тромбоцитов, уменьшенное количество фибриногена, у вас может упасть протромбин и антипротромбин III. Только не ждите, что все будет снижено, этого никогда не бывает, и фибриноген может быть нормальный, потому что он был перед этим резко повышен, но признаки потребления будут.



Начало на стр. 1, 4 ↗

При тяжелом атероматозе, эрозии на бляшке, обязательно активируются тромбоциты, это абсолютный закон: тромбоциты гиперагрегуются и не дезагрегируют. Это и есть гиперкоагуляционный синдром. Он длится долго, иногда всю оставшуюся жизнь. Надо ли его выделять? Надо. Когда вы пойдете на операцию у этого больного, или он заболеет чем-то, вы должны иметь в виду, что он гиперкоагулянт.

Есть болезни, которые я обязан диагностировать клинически, это не значит, что потом они не нуждаются в подтверждении. Такой болезнью является заражение крови. Вот в нашей литературе заражение крови сегодня называется тяжелой инфекцией, сопровождающаяся ДВС-синдромом. Что за бугром — читайте, не мешаю. Заражение крови я обязан лечить гепарином, вместе конечно с антибиотиками: за ними решающая роль. Но границей является назначение гепарина. При обычных инфекциях он не нужен, при септическом ДВС-синдроме вы без него сплошь и рядом не можете спасти больного.

У нас была специальная такая группа, сидели в институте кардиологии, Чазов поручил мне вести это совещание, но, по-моему, все вел он сам. Разгорячились. Что такое заражение крови? Инфекция плюс ДВС-синдром. А просто инфекция? А чем отличается крупозная пневмония с бредом от крупозки с сепсисом? Наличием ДВС-синдрома. Если больной выходит из тяжелой инфекции и пережил ДВС-синдром, гепарин-то приходится задерживать. Если сепсис, то антибиотическая терапия при идеальном ведении больного дает на 2-й день нормальную температуру. Но меньше 2, а вообще-то меньше 3 недели нельзя давать антибиотики, потому что микротромбы инфицированы: антибиотики отменили, а больной дал рецидив температуры, вы опять купировали, потом снова отменили, а он — опять рецидив температуры. А потом, как это у меня было — я несколько раз говорил «продолжать, продолжать», а мне объясняли, что антибиотики вредны, в очередной раз я пришел к больному, а там аортальная недостаточность: у нас на глазах расплавился аортальный клапан у септического больного.

Причины гиперкоагуляционного синдрома: гипертромбоцитоз, эритроцитоз, повреждение эндотелия, патология иммунных комплексов, гематогенные тромбофилии — так их назвал Баркаган, я не буду спорить, инородные поверхности — катетеры, всякого рода трубки, клапаны сердца искусственные, нарушение целостности сосудистой стенки, опухоли, инфекции. С опухолями дело сложнее, потому что есть опухоли, которые давят на сосуды, тромбируют их механически — это одна линия. Но есть опухоли, — их немного — которые являются продуцентами тканевого тромбопластина. Первым симптомом такой опухоли будет тромбоз легочной артерии, при этом непонятно, откуда вдруг, среди полного здоровья. Опухоль может быть очень маленькая, ее иногда с трудом находят на вскрытии. Но если опухоль-продуцент, то вы должны пожать плоды этой продукции.

Беременность — это большой фактор риска. Беременность как причина гиперкоагуляционного синдрома, конечно, не всякая беременность, а с токсемией, стремительные роды, осложненная инфекциями.

Генетически по гиперкоагуляции дефектно около 5% людей. Какой в этом биологический смысл, я не знаю. Когда-нибудь это станет ясно. Сахарный диабет только сегодня становится ясен, только сегодня стали считать, сколько среди великих людей подагриков и диабетиков. Подагриков — 10%, значит, высокий уровень мочевой кислоты выдвигает человека вверх. Я цитирую Эфроимсона Владимира Павловича. То же самое с сахарным диабетом, если человек живет не с 2—3, а с 6—8 ммоль/л сахара в крови, то он более работоспособен, более продвинут, вот и все. А 5% скрытых гиперкоагулянтов среди нас — что нужно делать при тяжелой, проявляющейся клинически тромбофилии? Принимать аспирилин? А если ее нет, то ничего не делать.

Можно иметь мутацию гена и иметь легкие тромбозы, а можно не иметь этой мутации и иметь тяжелый тромбоз. В чем дело? Я не знаю ответа на этот вопрос. Любая ерунда может запустить каскад свертывания, почему он запускается — не знаю.

Я повторюсь — гиперкоагуляционная фаза — литр плазмы одномоментно и 1 тыс. ЕД гепарина в час с тем чтобы поддерживать АЧТВ на уровне 1,5—2 норм. Надо ли повторять плазму? По симптоматике, потому что идет перекрытие очень плохо контролируемого процесса свертывания: у нас же очень грубые представления о масштабах свертывания. Гиперкоагуляционная фаза характеризуется полиорганной патологией и больше ничего, ну и конечно признаки потребления в лабораторном исследовании.

Гипокоагуляционная фаза, это когда кровь не свертывается, и гепарин там совершенно не нужен, он ничему не поможет, контролировать его невозможно. И решающая роль — 2 литра плазмы, просто восполнить этот тромбогенный потенциал, и дальше организм справляется. Когда повторно вводить плазму? После первой лечебной атаки, конечно, вступает в свои права лабораторный контроль.

Тромбоз легочной артерии. Вот пример: 82-летняя женщина с болями в области сердца. Диагноз поставлен не сразу. Анамнез собирал не я: болей в области сердца опасных не бывает — опасны загрудинные боли. У нее была тяжелейшая одышка. До начала лечения живой легочной ткани практически не было. «Посадили» ее на непрерывный гепарин и — выздоровела «девушка» и до сих пор живет. Это не доклад по ТЭЛА, хотя у нас ее много, потому что у нас много опухолевых больных, но вот моя субъективная позиция: диагноз клинический — внезапная одышка, ее не бывает ни при каком другом заболевании. Можете меня закидать камнями, но я понимаю разницу между одышкой при пароксизме тахикардии, при воспалении легких и при плеврите.

Если человек едет в троллейбусе, держится за поручень и, вдруг, одышка — то это только ТЭЛА. Конечно, я потом сделаю сцинтиграфию с технецием, но я это сделаю, когда больной уже будет в реанимации. Я ее не буду делать амбулаторно, мне этой симптоматики достаточно для первичной диагностики, а окончательная — это другой вопрос. Но я не сделаю глупости. А если нет технеция? Я поставлю гепарин из расчета 1 тыс. ЕД в час непрерывно в вену! И все будет хорошо. Реально мы теряли больных с ТЭЛА только от внезапной смерти — это когда червяк из тромба шлепнул на бифуркацию легочной артерии и мгновенная рефлекторная смерть — я беспомощен, узнавал обо всем только после смерти. И еще одна причина внезапной смерти — обтурация главного ствола. Фактически мы сегодня не теряем больных с ТЭЛА на одном гепарине, больше ничего. В первые 1,5 часа вы в праве делать тромболитис, купите не спорит.

Я все время тяну к обезьянам, правда крупные деятели нам сказали, что кто хочет верить, что он произошел от обезьяны — пусть верит... Шимпанзе и человек живут в диких условиях примерно одинаково — 30 лет. Так и было примерно до начала XX века. Наверно, где-то в лесах Конго отдельные обезьяны живут подолгу. Период полового созревания 8—10—12 лет. Я помню свою пациентку в Аравии, которую я спрашиваю (а у нее тяжелые боли в животе): «Как месячные?» Она не понимает: выяснилось, что у нее никогда не было месячных. А дети у вас есть? — Да, 10 или 12. Ей 25 лет, она пожилая женщина, измотанная, истощенная, ее положили в постель к будущему мужу в возрасте 7—8 лет и она, когда созрела, беременела и рожала. Вот в этом вот здании на кафедре гистологии преподаватель бросил фразу: «Месячные — это когда матка плачет кровавыми слезами по поводу того, что ее не оплодотворили». Месячные — это противестественный процесс в животном мире, но не в человеческом. Мы живем в разных плоскостях. В зоопарке шимпанзе живет столько, сколько человек. Все, что человек проживает после 30 лет, это чисто за счет медицины.

Суворов — а ему было 69 лет, все-таки не юный талант — переходил через Альпы. Уверю вас, что там были высоты повыше 1000 метров, а на 1000 метров одышечка появляется, а на 2000 — как следует появляется. Он не только вывел войска, он разгромил тех, кто его пытался не пускать. Приехал в чине генералиссимуса в Петербург, ему сказали: «Пошел вон». И он пошел, уехал в деревню и тут же помер. Потому что этот деятельный, активный человек оказался обездвижен, а значит, синтез плазминогена упал, активный кровоток в мускулатуре не нужен: он лег и умер. Это вроде бы естественная смерть, но мы-то с этим не согласны.

Будем жить на аспирине. Это искусственная жизнь. Но и у человека, и у шимпанзе после 30 лет жизнь искусственная. Она плохо обеспечена медицинскими рекомендациями по физической нагрузке, потому что никто ничего толком не знает. Все говорят — надо двигаться: а немножко поточнее нельзя? Мы не знаем контроля за коагулограммой, да и вообще, старость обеспечена плохо. Одно можно сказать — уход на пенсию — это смертельно опасный номер, это физиологически сегодня абсолютно обосновано. И вы знаете, где вы это увидите? На очень жестоком примере — жены ответственных работников умирают на 10—20 лет раньше, чем сами ответственные работники, потому что ответственные работники активностью своих мозгов, вынужденными перепрыгиваниями с места на место, то к начальнику, то на совещание, и быстро и на задних лапках прибегать, все-таки это некая физическая нагрузка. А в это время жена спокойно смотрит телевизор, читает старые детективы и гаснет от бездействия. Поэтому активность должна быть регламентирована медициной. Сегодня этого нет. Я считаю это нашим домашним заданием.

Только понимание причин смертности родильниц позволило в 3 раза снизить ее. Этим делом занималось, одной руки хватит, чтобы сказать, сколько человек. Это — хороший агитпроп через газеты, журналы и больше ничего. А что надо было сделать? Надо в родильных домах запретить переливать цельную кровь, которая усугубляет тяжесть ДВС-синдрома, и иметь запасы плазмы, а если идут на кесарево сечение, то заготавливать аутоплазму. Ничего больше!

Что такое заражение крови? Инфекция плюс ДВС-синдром. А просто инфекция? А чем отличается крупозная пневмония с бредом от крупозки с сепсисом? Наличием ДВС-синдрома. Если больной выходит из тяжелой инфекции и пережил ДВС-синдром, гепарин-то приходится задерживать. Если сепсис, то антибиотическая терапия при идеальном ведении больного дает на 2-й день нормальную температуру.

Генетически по гиперкоагуляции дефектно около 5% людей. Какой в этом биологический смысл, я не знаю. Когда-нибудь это станет ясно. Сахарный диабет только сегодня становится ясен, только сегодня стали считать, сколько среди великих людей подагриков и диабетиков. Подагриков — 10%, значит, высокий уровень мочевой кислоты выдвигает человека вверх.

## ИнтерНьюс

**Гастробойтеров станет еще больше?**

В России в ближайшие 3 года будет восстанавливаться утраченная с распадом СССР система профилактики и лечения профессиональных заболеваний, сообщил замминистра здравоохранения и социального развития РФ А. Сафонов. «Одним из приоритетных направлений программы действий по улучшению условий и охраны труда на 2008—2010 гг. является совершенствование профпатологической службы России, проведение специализированных медицинских обследований работников, создание системы ранней диагностики и профилактики профзаболеваний», — сказал Сафонов. По словам замминистра, за 3 года необходимо создать нормативно-правовую базу для функционирования медицинских центров. Говоря о статистике, Сафонов отметил, что устойчивое снижение общего производственного травматизма в РФ отнюдь не свидетельствует о том, что в этой сфере все благополучно. «Если брать более объективные показатели, то здесь картина совершенно другая. Уровень смертельного травматизма составляет 12 случаев на 100000 работающих, что в несколько раз выше, чем в США и странах Евросоюза», — сказал Сафонов. По данным Минздравсоцразвития, более 30% ежегодно умирающих россиян — это граждане трудоспособного возраста. Этот показатель в 4,5 раза превышает показатели по Евросоюзу. В Российской Федерации по причинам, связанным с профессиональной деятельностью, ежегодно преждевременно умирает около 180000 человек, получают травмы на производстве около 200000 человек, регистрируется более 10000 случаев профзаболеваний, более 14000 человек становятся инвалидами вследствие трудового увечья и профзаболевания», — говорится в материалах Минздравсоцразвития. Ежегодные экономические потери, обусловленные неблагоприятными условиями труда оцениваются в 0,5 триллиона рублей (1,9% ВВП). Минздрав, по словам Сафонов, планирует создать систему оценки, контроля и управления профессиональными рисками на рабочем месте. Замглавы Минздравсоцразвития сообщил, что в настоящее время ведомство разрабатывает новые более жесткие требования к аттестации рабочих мест — страховой тариф взносов, уплачиваемых работодателем в Фонд социального страхования за каждого работника, будет напрямую связан с тем, в каких условиях работает специалист.

Источник: GZT.ru

**Ну наконец определили: антидепрессанты необходимы только тем детям, у которых есть признаки выраженной депрессии**

12 клинических исследований антидепрессантов на детях в возрасте 6—18 лет привели к неожиданным результатам: большая часть детей выздоровела, принимая плацебо. Антидепрессанты показали себя лишь немного лучше, нормализуя состояние 59% пациентов по сравнению с 48%, принимавшими плацебо. Дж. А. Бридж, доктор философии из Национальной детской больницы в Колумбусе (штат Огайо) пытался выяснить причину такого результата и выяснил, что дети, зарегистрированные в крупных клинических испытаниях, были более восприимчивы к эффекту плацебо. Также маленькие пациенты, принимающие участие в крупных исследованиях, страдали более серьезной депрессией, чем дети, отобранные для немасштабных исследований. Исследователи сделали вывод о том, что антидепрессанты помогают детям, страдающим серьезными депрессиями, поскольку пациенты с легкими ее формами недооценивают серьезности заболевания. Доктор Г. Дж. Эмсли из Медицинского центра Далласа, комментируя результаты, подчеркивает важность оценки психического состояния пациента до назначения лекарств. Команда доктора Бриджа предполагает, что дети, подверженные умеренным депрессиям, получат больше пользы от специализированной психотерапии, чем от медикаментозного лечения. Однако исследование не нашло ответа на вопрос о том, какая депрессия считается достаточно глубокой для назначения антидепрессантов.

Источник:

<http://medstream.ru/news/13554.html>

**Как много хороших мечт...**

Кристиан Э., которому наскутила финансовая карьера, подал на домашнем компьютере диплом знаменитого британского Оксфордского университета и устроился с ним на стажировку в клинику Университета Эрлангена в Баварии. В клинике он в качестве ассистента принял участие в 190 хирургических операциях, включая 17 вмешательств на внутренних органах. При этом никто не заподозрил неладного — по словам представителя клиники, деятельность Кристиана не имела особых отличий от работы других стажеров. Обман раскрылся благодаря анонимному письму, полученному руководством клиники в феврале 2008 г. Самозванец был немедленно уволен, но не успокоился и практически сразу попытался открыть частную клинику в городе Тюринген. В результате этого он был задержан полицией, и после рассмотрения дела в суде приговорен к трем годам лишения свободы. В суде он объяснил свои поступки давней мечтой о врачебной работе.

Источник: medportal.ru



## ИнтерНьюс

### БАД под наносоусом

В экспертном докладе Проекта перспективных нанотехнологий (Project on Emerging Nanotechnologies — PEN) сообщается, что возможность Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA, США) регулировать безопасность диетических добавок с применением наноматериалов резко ограничена недостатком информации, нехваткой ресурсов, недостатком полномочий в определенных, наиболее важных областях. Доклад «Горькая пилюля» (A Hard Pill To Swallow: Barriers to Effective FDA Regulation of Nanotechnology-Based Dietary Supplements) описывает главную проблему FDA в регулировании нано-биодобавок и предлагает массу рекомендаций по улучшению надзора за такими продуктами. Исторически сложилось так, что контроль над диетическими добавками является весьма сложной проблемой для FDA, а тот факт, что некоторые из этих продуктов в настоящее время производятся с применением нанотехнологий, создаёт дополнительные сложности, утверждает У. Шульц, бывший сотрудник FDA. Очень мало известно об использовании разработанных наночастиц на рынке диетических добавок. Существующий закон требует дополнительных поправок, чтобы заставить производителей раскрывать ограниченную информацию об их продуктах, а та информация, которая доступна, является результатом активной рекламы производителями применения нанотехнологий при производстве своей продукции, сообщается в докладе. Пока нет возможности точного определения распространённости диетических добавок с использованием наночастиц, очень вероятно, что в ближайшем будущем значительно возрастёт подверженность общества таким продуктам. Согласно данным федерального исследования гигиены и безопасности окружающей среды в сфере нанотехнологий, при поддержке PEN, американское правительство тратит менее \$1 миллиона в год на изучение непосредственного воздействия наноматериалов на желудочно-кишечный тракт. Неясно, проводятся ли в индустрии биодобавок тщательные испытания, необходимые для понимания действия нано-ингредиентов. Это означает, что потребители потенциально подвержены риску, который должен быть уравновешен с возможными преимуществами от приёма таких добавок.

Источник: [www.vechnayamolodost.ru](http://www.vechnayamolodost.ru)

### Правила новой фармации

Принятые в США новые правила для производителей лекарственных препаратов ограничили фармацевтическим компаниям возможности для продвижения своей продукции на рынок через медицинских работников. В частности, отныне запрещено поощрять врачей подарками и сувенирами. Новый Этический кодекс поведения поддержали 40 фармацевтических компаний. Введенные ограничения вряд ли поделят: общие затраты отрасли на маркетинг через врачей достигают сегодня \$1 млрд. в год. Принятие новых правил расценивается как рекламный ход, призванный вернуть доверие пациентов к врачам, небезосновательно подозреваемым в лоббизме. При этом кодекс оставляет производителям немало лазеек. Например, он позволяет оплачивать повышение квалификации врачей или обеспечивать угощение для презентаций. Так, один из психиатров американского университета Эмори сейчас обвиняется в получении крупных гонораров от фармацевтической компании, которые он утаил от администрации вуза. Деньги врач получил в период своего руководства государственным исследованием препарата-антидепрессанта — продукта этой компании. Еще три психиатра Гарвардского университета, работа которых стимулировала огромное увеличение назначений мощных нейрореплетиков у детей, также обвиняются в сокрытии доходов, полученных от фармпроизводителей. Российские медики считают вручение сувениров фармкомпаниями обыденной практикой и подчеркивают, что она хоть и мешает рутинной работе врача, но в целом не влияет на медицинские назначения. Они также верят в то, что фармация основные ресурсы тратит на лоббирование руководителей медицинских направлений, и признают такую практику неэтичным, но неизбежным в нынешнее время злом. Против формальностей выступает и ассоциация производителей. «Как правило, подобные этические кодексы являются документами исключительно декларативного характера, никак не гарантирующими соблюдение прописанных там правил, чему есть немало примеров и в международной, и в российской практике, — сказал исполнительный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей В. Дмитриев. — Отчасти по этой причине в нашей ассоциации нет формализованного документа, но есть устные договоренности по правилам ведения бизнеса между входящими в нее предприятиями».

Источник: [gzt.ru](http://gzt.ru)

Если правда, что в каждой шутке есть только доля шутки, то весьма актуально звучит следующий анекдот: «В начале XIX века большинство наших студентов изучали французский. В итоге мы насовали Бонапарту и взяли Париж. В начале XX века большинство наших студентов изучали немецкий. В итоге мы насовали Гитлеру и взяли Берлин. Сейчас начало XXI века, и большинство наших студентов изучают английский. Такого богатого выбора у нас еще не было». Кстати, сюда можно добавить, что в начале XVII века наша знать говорила по-польски, а потом мы все-таки насовали полякам. Тем не менее, европейский опыт, переплавляясь на наших территориях, безусловно, способствовал развитию и искусства, и науки, хотя протекали такие «инновации» не всегда гладко.

**Чей скальпель тверже.** У истоков нашей медицины стояли, как известно, сплошь иностранцы, и не в последнюю очередь — немцы. Первые русские врачи появились только при Петре I, но и столетие спустя влияние иноземных лекарей было определяющим. Существовала замкнутая корпорация, особая каста, куда чужаки, то бишь, русские не допускались. История сохранила слова лейб-медика императорского двора Рюля: «Пока я буду медицинским инспектором, ни один русский врач не получит практики в учреждениях столицы». Пробыть эти укрепления было нелегко даже очень талантливым людям, а их в России было немало. Например, блестящий хирург Илья Васильевич Буяльский, чье имя до сих пор печатают энциклопедии, норвящие менять своих героев.

Именно Буяльский в начале XIX века предложил свои методы лечения сосудистых аневризм, бальзамирования и замораживания трупов, к тому же он — один из основоположников топографической анатомии, издавший несколько анатомических атласов (был отличным художником). Но сколько ему пришлось претерпеть от вездесущих немцев! Проявить себя Буяльскому помог случай, и он описан в литературе. Лигатуры больших артерий считались тогда самыми важными, уникальными операциями, и каждый, сделавший ее, становился знаменитым и обеспечивал себе немалую практику. Подобные операции собирали публику в анатомические театры, как на премьерный спектакль. Но не всегда все проходило гладко.

В 1820 г. при обычном стечении иноземной публики врачи Гиббс и знаменитый Арендт собрались продемонстрировать наложение лигатуры на ключичную артерию. Но, несмотря на опыт и апломб, операция не удалась, и больной умирал на глазах присутствовавших. Тут же всплыло имя Буяльского, уже снискавшего себе славу в хирургии рядом незаурядных операций. В зале его не было: не пригласили именно по национальному признаку. К счастью, русского доктора нашли быстро, и он успел спасти больного: «Операторы искали subclavia, но не найдя ее, разрежали ни в чем не повинную dorsalem scapulae».

С этого времени для Буяльского закрылись все пути: ненависть корпоративных немцев была тому веской причиной.

Труды русского хирурга были известны в Европе, и там ему присваивали почетные звания, но в родном Отечестве он был всего лишь консультантом при Мариинской больнице. Без жалования. Правда, однажды Николай I, наслышанный о чудесах скальпеля Буяльского, сказал своему лейб-медику Рюлю: «Ты смотри, не загораживай дорогу Буяльскому».

Что медицина! Буяльский стал профессором Академии художеств, где читал лекции по анатомии, причем преподавал свою науку не на трупах, а на картинах великих мастеров. Почти у всех он находил ошибки в изображении человеческой фигуры.

Был он большим патриотом, отстаивал развитие национальной хирургии в русле человеколюбия, христианского сострадания. Особенно восставал против ампутаций («легче всего опилить ногу или руку, потом описать, как быстро ты это сделал, а человеку после этого — жить»), работая не ради славы, а только для блага больного.

А каким был мастером диагноза, скольких спас! В истории медицины остался не один такой случай, вот хотя бы эпизод с гусаром Новосильцевым. Выброшенный из седла упрямой лошастью, он ударился о барьер манежа плечом, а, падая, еще и выставил руку вперед. Обломок кости порвал мышцу и вышел наружу. Правая рука совсем молодого человека! Арендт привез все инструменты для срочной ампу-

тации, но пригласили и Буяльского. Возле постели гусара собрались все видные петербургские медики, и решение было единогласным — ампутировать. «Протестую» Буяльского встретило негодование собравшихся. Он рисковал всем, но через двенадцать дней получил записку от гусара, написанную той самой, правой рукой: Буяльский вновь победил, но чего стоили эти победы!

Много за что должны быть благодарны потомки хирургу Буяльскому, но главное, что он доказывал своей жизнью — важна не только профессия, но сострадание, любовь к больному. И как это актуально сегодня...

**«Выписать рецепт и дурак способен».** И так, петербуржцев XIX века можно поздравить с замечательным врачом, но и в Москве было своё светило: доктор Захарьин. Причем, Григорий Антонович не только вошел в историю медицины (Чехов говорил, что из всех врачей признает только Захарьина), но и был персонажем многочисленных анекдотов. Москва любила своего доктора, и многое простила до поры — даже его, всем известное, сребролюбие. Впрочем, по части гонораров Захарьин был весьма оригинален, плату за прием он брал затейливо: по нечетным дням — сто рублей, по четным — пятьдесят.

В своей врачебной практике Захарьин придерживался золотого правила: лечить больного, а не болезнь\*. В этом у него были прекрасные предшественники — например, китайские врачи. Так же, как китайцы, Захарьин обращал внимание на запахи больного, цвет кожи, подробнейшим образом выспрашивал о распорядке жизни и болезнях родственников: «От лекарств никто еще здоровым не становился. Лечить надобно-с! А выписать рецепт — на это и дурак способен».

Доктор Захарьин и народными средствами не гнушался, например, пиявки поставить — но в меру!, и за новшествами следил, но далеко не каждое допускал в свою практику. Так, он стал гонителем желудочного зонда, применением которого очень увлекались и в то время: «Зачем нам, господа, усугублять страдания больного? Это ведь казни египетские...».

Конечно, основными пользователями доктора Захарьина были московские купцы. И тут неистовый доктор резвился во всю. Выбивал стекла посреди лютой зимы (форточки были не приняты — сквозняк-с, и духота в домах стояла ужасающая), выбрасывал на помойку годовые запасы квашеной капусты, пускал пух из перин и подушек, кишевших паразитами. Но ему прощалось все, авторитет был непререкаем.

Захарьин очень ценил отдых, воды и курорты, но зло смеялся над их распорядками: будят чуть свет, гулять заставляют по режиму, есть — по расписанию и т. д.: «Это же прусская казарма, а не курорт».

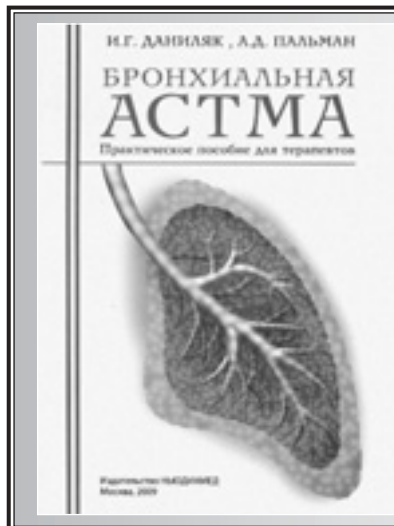
Французские врачи, изучавшие в клинике Захарьина его методы диагностики и лечения, были потрясены результатами и преподнесли доктору в знак великого уважения драгоценную вазу севрского фарфора, которая и сегодня должна храниться в МГУ. Однако и чудил доктор немало. Ценил себя высоко, и решительно всем это доказывал. Купцу Прохорову, объевшемуся блинами (200 штук на пари), пришлось вместе с кроватью переместиться на первый этаж с третьего к доктору, восседавшему за столиком, уставленным персиками и хересом. Самого государя-императора заставлял дожидаться, предварительно приказав остановить все тикающие часы — чтобы не мешали осмотру. И т. д. Правда, простого люда эти причуды не касались, здесь все было, как положено. Но все же погоня за гонорами доктора погубила, он целиком ушел в частную практику, клинику свою забросил, ординаторы вслед «шефу» пустились во все тяжкие...

Однако заслуги и слава доктора Захарьина пережили все анекдоты и домыслы, и на небе российской медицины имя это будет светить еще долго. Как и имена всех подвижников русской науки.

ЕЛЕНА КАЗЕННОВА

\* *Примечание редактора: эта набившая оскомину глупость постоянно приписывается великим врачам, хотя они ничего подобного не говорили. В их высказываниях речь шла о невозможности лечения болезней из-за отсутствия действенных лекарств, персонализации медицины. Сегодня их высказывания подаются совсем под другим углом — мол лечить болезни надо, а надо — больного. Лекарств у нас таких нет...*

*Поскольку автор — не врач, простим ему и другие несуразности, кое-что, правда, пришлось убрать.*



## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Практическое пособие для терапевтов

И.Г. Даниляк, А.Д. Пальман

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

Настоящее пособие основывается на современных представлениях о бронхиальной астме, ее этиологии и патогенезе, описывает наиболее рациональный подход к диагностике, лечению и профилактике этого серьезного заболевания.

Книга предназначена для терапевтов, пульмонологов, аллергологов и врачей всех специальностей, а также студентов медицинских вузов.



Основа успешного лечения — правильно поставленный диагноз. Вот в этом вся сложность и, может быть, даже трагизм нашей профессии. Можно согласиться с мнением А.В. Виноградова, который написал: «Основная трудность в диагностике заключается в том, что многие внутренние болезни не имеют постоянных симптомов и признаков. При этом у постели больного не так уж редко встречаются ситуации, в которых не только симптомы, но даже и признаки болезни имеют меньшее диагностическое значение, чем клинический фон, на котором они выявляются. Умение правильно оценивать клинический фон, на котором выявляются признаки болезни, либо постигается методом проб и ошибок, либо воспринимается от учителя».

Как формируется правильный диагноз, что для этого нужно? Это происходит подсознательно и довольно просто: работает компьютер, стоящий в голове врача. Он отбрасывает ненужные варианты. Приведу несколько примеров.

Меня вызвали на дом к молодой женщине, как потом выяснилось, по поводу ОРЗ. Я звоню в квартиру, дверь открывает её мать, она видит, что я врач и, не поздоровавшись, не предложив войти, она спрашивает с порога, имея в виду свою дочь: «А вы не знаете, почему у неё выпадают волосы?» И я, не сказав «Здравствуйте», не войдя в квартиру и не видя больной, отвечаю сходу: «Знаю». Мать и дочь, заинтригованные таким ответом, направили уши, и ждут, что будет дальше. А я нарочно тяну время, подробно рассказывая, как нужно лечить ОРЗ, а потом начинаю разговор на интересующую их тему.

Вижу: у молодой женщины диффузное выпадение волос, кожа на голове просвечивает, что особенно заметно, т. к. она брюнетка (вид ужасный — «драния кошка»), вынуждена носить парик. Неоднократно обращалась к дерматологам, выписывали какие-то смазывания и таблетки, но без эффекта. Для молодой женщины это трагедия. Применительно к данному симптому я когда-то интересовалась литературой, из которой следует, что среди многих эндокринных, нервных, иммунологических, местных биологических и сосудистых факторов контроля роста волос выделяют и сопутствующие факторы, к которым относится железо. В одной из последних книг по алопеции обнаружила «мудрую» фразу: «Железо входит в состав гемоглобина, стимулирует функцию кровяных органов, иногда единственным проявлением дефицита железа в организме может быть выпадение волос». При этом механизм лечебного эффекта препаратов железа не указывается, а я думаю, что он всё-таки известен специалистам. Вспоминается опыт ветеринаров: в состав рациона питания пушистого зверя в питомниках входит гречка, содержащая большое количество железа, необходимого для улучшения качества шерсти животного. Этот факт казался особенно обидным в начале перестройки, когда в магазинах было пусто. Тогда диабетики были прикреплены поспешно к продуктовым магазинам и получали свои 2 кг гречки в месяц, а остальным ни-ни.

Услышав вопрос матери, я мгновенно решила: «Что может быть причиной выпадения волос у молодой женщины: какая-то сложная эндокринология? Скорее всего, дефицит железа» — и не ошиблась. В анализе крови, сделанном по моей просьбе, выявилась гипохромная анемия, что явилось косвенным подтверждением диагноза. Назначая препараты железа, предупредила: результат будет замечен через 1,5–2 месяца. Вновь отросшие волосы в виде коротких пеньков, одинаковые по длине, создают своеобразную картину «ежика» на голове, а в дальнейшем становятся нормальными по длине и внешнему виду. Лечение препаратами железа оказалось эффективным, волосы перестали выпадать, женщина счастлива.

Другой пример: пациентка — врач, ей 75–78 лет. Женщина вполне сохранный, ведет активный образ жизни, обслуживает семью, ухаживает за внуками. Обратилась ко мне с жалобами на неожиданно возникшие головокружения. Это меня не удивило, т. к. в её возрасте при склерозе мозговых сосудов могут появиться головокружения. АД было в пределах нормы. Но другая её жалоба меня насторожила: больная заявила, что у неё изменился почерк. Когда это говорит пациентка-врач, симптом особенно тревожный.

Я ответила однозначно: может быть опухоль мозга. Необходимо КТ головного мозга. Дочь госпитализировала больную в неврологическое отделение, сделали КТ, выписали с диагнозом цереброваскулярная болезнь. Через несколько месяцев у больной возник инсульт, повторно делается КТ головного мозга, которая, казалось, подтверждает диагноз. Меня вызвали на дом с просьбой выписать коляску. Пока я шла к больной, думала: «У этой больной инсульт? Не может быть!» Инсульты у пожилых больных развиваются всё-таки на фоне общего атеросклероза, который диагностируется не по уровню холестерина, а по внешним признакам: семенящая походка (идёт мелкими шажками), тремор рук, маскообразность лица, неопрятная или не соответствующая возрасту одежда, снижение памяти, интеллекта. Ничего этого у моей больной ранее не было. Более того, будучи парализованной (глубокий правосторонний гемипарез, отсутствие речи), больная разгадывала кроссворды, реагировала на юмор и разговоры глазами и улыбкой. Через несколько месяцев, в связи с некоторым улучшением, больной делают

повторную КТ головного мозга, и тот же специалист, который исследовал её в первый раз, изменил своё мнение, заявив, что у больной — опухоль мозга, а возникшая вокруг неё гематома не позволила сразу же поставить этот диагноз. В таких сложных ситуациях при подозрении на опухоль мозга более информативен ЯМР, а не КТ.

Как врачу наполнить свой компьютер необходимой информацией, обогатив клинический опыт? Размышления на эту тему наводят на печальную мысль, что объединять науку с практикой некому: ученые живут своей жизнью, их разработки из врачей-практиков мало кто читает. Наблюдала, что в медицинской библиотеке, рассчитанной на 200 посещений в день, в зале присутствует не более 10 человек, и это на десяти-миллионный город.

Клинические разборы, о которых старшее поколение врачей вспоминает с ностальгией, давно умерли как в поликлиниках, так и в рядовых стационарах. А ведь профессия врача требует постоянного самосовершенствования, которое реализуется не только путем чтения литературы, но и в общении у постели больного с коллегами, чей опыт уникален. Без этого врач, как профессионал, не только останавливается в своем развитии, но и движется назад. Эту ситуацию образно характеризуют слова одного из выдающихся отечественных литературоведов: «Не только понимание, но и непонимание является необходимым и полезным условием коммуникации... Не случайно ситуация диалога не стирает, а закрепляет, делает значимой индивидуальную специфику участников... Для функционирования интеллекта требуется другой интеллект. Интеллект — всегда собеседник» (Ю.М. Лотман, 1999 г.).

Существуют объективные причины (дефицит времени прежде всего!), препятствующие профессиональному общению врачей поликлиники. Демонстрирую, в каких условиях работает современный терапевт: безупречное заполнение терапевтом амбулаторной карты включает, кроме общеизвестных медицинских сведений (жалобы, анамнез жизни и заболевания, статус по органам, подробно и аргументированно сформулированный диагноз), перечень назначенных препаратов с указанием разовой дозы, длительности назначения, суммарного количества выписанного препарата и номеров льготных рецептов (по шесть цифр на каждый рецепт). В случае выдачи больничного листа указывают его номер (шесть цифр), две даты (выдачи и повторной явки к врачу), перечень назначенных исследований.

Льготный рецепт (а их выписывают минимум 3–4 каждому больному) содержит графы: фамилия врача и пациента плюс имя и отчество обоих полностью, возраст больного, его адрес, номер страхового полиса (16! цифр). Причина льготы и болезнь, по поводу которой выписан рецепт, кодируются двумя цифрами. Перечень льгот и болезней занимает десятки позиций, которые можете запоминать, что невозможно, или можете каждый раз смотреть в справочник, что занимает массу времени.

Само лекарство выписывается с указанием разовой дозы, а главная трудность — с указанием количества таблеток и ампул в одной упаковке. Последний показатель меняется довольно часто в зависимости от поставщиков фирм. Исправления в рецептах нежелательны (финансовый документ), поэтому приходится их переписывать. Добавьте время на осмотр больного, включающее раздевание и одевание, а также указание фамилии, адреса и номера полиса (16 цифр) при выписке любого из бланков анализов.

На каждого больного заполняется статистический талон, который потом пойдет в компьютер. Этот талон включает: фамилию врача и сестры и их коды в цифрах, фамилию, инициалы больного, его возраст, адрес, номер страхового полиса (16 цифр), код болезни (в цифрах и словами), выдан или закрыт больничный лист, состоит ли на диспансерном учете или снят и в связи с чем.

Если провести хронометрию лечебного приема, то возникает вопрос: как можно за 12–15 минут, отведенных на одного больного нормативами, установленными еще при царе Горохе, выполнить всю эту работу? Приходится изворачиваться. В одной из книг, посвященных А.М. Коллонтай, приводятся её высказывания на эту тему. В первые годы становления Советской власти, когда грамотные люди в правительстве были наперечет, она возглавила один из наркоматов, который представлял собой старый диван; на его спинке была прикреплена записка «Наркомат государственного призрения». А.М. Коллонтай была не только руководителем, но и исполнителем многих работ, которые свалились на её плечи, при этом она ухитрялась всегда хорошо выглядеть. В ответ на вопросы, как ей это удается, она отвечала: «Экономьте каждое движение». Работая участковым терапевтом, вы вынуждены использовать этот принцип, иначе вам удачи не видать.

Неоценимую помощь оказывают на приеме медицинские сестры, но даже если разделить всю писанину на двоих, к концу приема неизбежно возникает психологическая усталость. Ну, а если вы совмещаете, т. е. ведете прием с двух участков в силу хронической нехватки врачей или вашего желания поработать, то тогда уж нагрузка врача и сестры и, соответственно, темп работы увеличивается в два раза.

## ИнтерНьюс

### Булимия — мозговой дефект

Булимия — нервное расстройство, затрагивающее обычно девушек и молодых женщин. Оно проявляется в приступах обжорства. Доктор философии Рейчел Марш из Колумбийского университета и коллеги из Института психиатрии Нью-Йорка нашли отличия в силе импульсивности ответов на стандартные психологические тесты. Повышенная импульсивность была связана с различной степенью активности лобно-базальных областей мозга, которую ученые проследили с помощью магнитно-резонансной томографии. В эксперименте участвовали 20 больных булимией, проходящих лечение в Институте психиатрии Нью-Йорка, и 20 здоровых женщин. Тест Симона на пространственную несовместимость предполагает определить направление стрелки вне зависимости от того, с какой стороны экрана она появляется: справа или слева. Задание облегчается, если направление стрелки совпадает со стороной, из которой она появляется, что называется когерентным стимулом. Добровольцев попросили отмечать направление стрелки, нажимая соответствующие кнопки на пульте. Исследователи обнаружили, что пациенты с булимией быстрее реагировали на некогерентные стимулы и воспринимали их неверно. Так реакция больных составила 634 миллисекунды по сравнению с 664 миллисекундами контрольной группы. Больные показали 10,1% ошибочных ответов на некогерентные стрелки по сравнению с 7,4% в группе здоровых женщин. Реакция на когерентные стимулы совпадала. У больных правильность ответов падала на каждом 10 пробеге стрелки. Одновременно отслеживали активность зон мозга: у здоровых женщин сильнее активизировалась лобно-базальная область мозга при правильном ответе на некогерентный стимул, чем у больных булимией. На основе этого ученые сделали вывод о том, что процессы регуляции у пациентов притуплены из-за снижения активности в данных мозговых зонах. Однако исследователи заметили, что подобное ухудшение могло стать не причиной, а следствием болезни. Исследование было ограничено тем, что в нем не принимали участие мужчины и девушки-подростки.

Источник: Medpagetoday

### Конец малярии?

Вакцина против малярии постепенно становится реальностью. Два исследования в Африке показали обнадеживающую эффективность нового препарата: удалось более чем в 2 раза снизить риск заражения малярией у вакцинированных детей. «Мы все очень взволнованы результатами, — говорит Ф. Беджон из Оксфордского университета. — Если удастся повторить эти результаты в более крупномасштабных исследованиях, это почти наверняка может привести к признанию первой в мире вакцины против малярии». Принцип действия вакцины заключается в том, что она заставляет иммунную систему бороться с вызывающим малярию паразитом *Plasmodium falciparum*, попадающим в кровотоки человека во время укуса комара. Вакцина мешает паразиту достигнуть следующей стадии инфекции в печени, прерывая его жизненный цикл прежде, чем инфекция сможет развиваться в печени. В ходе восьмимесячных испытаний 809 детей Кении и Танзании в возрасте от 5 до 17 месяцев получали вакцину или контрольный препарат. Из 402 вакцинированных детей только у 32 болезнь получила развитие, по сравнению с 66 из 407, получивших контрольный препарат. Кроме того, удалось существенно замедлить темпы развития болезни у вакцинированных детей. В целом, вакцина показала эффективность в 53%, принимая во внимание ее способность блокировать болезнь в целом или продлевать время ее развития. То есть, риск уменьшается приблизительно наполовину, по сравнению с ситуацией, когда вакцина не применяется вообще. Во втором испытании с участием 340 танзанийских младенцев эффективность против инфекции была еще более высокой — 65%. В Танзании ежегодно отмечается около 18 миллионов случаев малярии. По мнению ученых, при помощи вакцины можно больше чем наполовину уменьшить количество серьезных осложнений и летальных исходов, особенно у детей. Кроме того, вакцина безопасна при одновременном применении с другими существующими вакцинами от других заболеваний, таких, например, как столбняк, дифтерия и коклюш. По словам ученых, чтобы доказать действительную ценность созданной вакцины, ее нужно проверить в ряде других регионов Африки, где малярия встречается намного чаще, чем в Танзании и Кении.

Источник: strf.ru

## ОБЩИЙ АНАЛИЗ

### от Т.В. Шишковой НА УЧАСТКЕ — НЕ ДО ДИАГНОСТИКИ



## ИнтерНьюс

### Осужденных начали консультировать в Красноярске по Интернету

Государственное управление федеральной службы исполнения наказаний (ГУФСИН) РФ по Красноярскому краю начинает медицинское интернет-консультирование в режиме реального времени для российских осужденных, сообщила руководитель пресс-службы регионального управления Е. Броцман. Врачи Краевой туберкулезной больницы № 1 (КТБ-1) впервые в России ответят на интересующие вопросы осужденных женщин ИК-22 посредством видеоконференцсвязи. По ее словам, основная цель медицинского видеоконсультирования осужденных — сократить расходы на перевозку заключенных для получения врачебной консультации и приблизить оказание высококвалифицированной медицинской помощи в отдаленные учреждения ГУФСИН края. «Сейчас главная задача — отработать технологию проведения виртуальных медицинских консультаций, поэтому на данном этапе консультации проводятся для осужденных городских исправительных учреждений», — добавила руководитель пресс-службы. Как отметил замначальника ГУФСИН края А. Ивченко, «уже в ближайшее время проект планируется вернуть на лесные подразделения ГУФСИН. Несмотря на то, что процедура проведения видеоконсультаций больных еще только отработывается, на данном этапе может быть достигнут положительный результат: при помощи такого виртуального консультирования количество осужденных, этапизирующихся в КТБ-1 на плановые консультации в амбулаторные дни, планируется значительно снизить». Краевая служба исполнения наказаний регулярно использует высокие технологии для работы с осужденными. Так, с мая 2008 г. начался проект по проведению видеосвиданий осужденных отдаленных исправительных учреждений ГУФСИН с родственниками. Кроме того, возможности виртуального общения краевая служба исполнения наказаний активно использует для юридического консультирования осужденных и сотрудников.

Источник: GZT.ru

### Американская армия избавит новобранцев от лишнего веса в спецлагерях

Министерство обороны США планирует организовать тренировочные лагеря для новобранцев с избыточным весом. Такое решение принято в связи с тем, что ожирение стало наиболее частой причиной, по которой желающие не могут поступить на службу. Первый из таких лагерей может стать частью Школы подготовки к армии, открытой в августе 2007 г. на военной базе Форт-Джесон в штате Южная Каролина. Согласно данным Минобороны, за последние 4 года в ходе медосмотров перед принятием на службу по причине ожирения отсеялось 47 447 потенциальных рекрутов. При этом общее число желающих пополнить ряды вооруженных сил составляет примерно 200—250 тыс. в год, а армия испытывает постоянную нехватку служащих. К слову, с подобной проблемой сталкиваются и другие американские службы, где требуется определенный уровень физической подготовки, например, пожарная охрана. По словам начальника рекрутинговой службы армии США генерал-лейтенанта Т. Бостика, неотъемлемой частью занятий в школе подготовки к армии, необходимой для получения диплома об общем образовании, станут занятия фитнесом и соблюдение низкокалорийной диеты.

Источник: medportal.ru

### Родители переживают за детей с астмой

Хронические заболевания у родителей предопределяют их отношение к признакам астмы у детей: дети, чьи родители страдали от хронических проблем со здоровьем, чаще пропускали школьные занятия. Доктор Э.А. Липштайн из детской больницы MassGeneral в Бостоне предполагает, что у родителей с плохим здоровьем, вероятно, меняется восприятие детского здоровья. Таким родителям может казаться, что детям нездоровится, поэтому они оставляют их дома. Липштайн основывает свои результаты на опросе родителей 561 ребенка в возрасте 5—17 с диагнозом бронхиальной астмы. Их попросили оценить состояние здоровья детей по шкале от «плохого» до «отличного». Родители со слабым здоровьем чаще оставляли детей дома, даже тогда, когда астма была под контролем. Эти 62% взрослых оценили детское здоровье на «плохо» в отличие от остальных 38% без хронических заболеваний. Исследователи считают, что при лечении астмы у детей педиатры должны учитывать семейный анамнез. Родители, которые по какой-либо причине не знают, как оценить самочувствие ребенка, должны советоваться с докторами.

Источник: Reuters Health

*Здравствуйте, Павел Андреевич. Записки доктора Никитина нам передала Людмила Андреевна Воскресенская, его внучатая племянница, семья которой и приняла его после возвращения из Архангельска. Эти записки нигде не публиковались, что подтвердил брат Людмилы Андреевны, Александр Андреевич Воскресенский. Оба они — дети отца Андрея (Воскресенского), последнего священника церкви Успения Божией Матери в Казачьей слободе (угол 1-го Казачьего переулка и Полянки), расстрелянного 31 октября 1937 года в Бутове. Всего хорошего. Галина Георгиевна Тимошенко*

## Из записок Д.В. Никитина

Я решил написать эти записки, так как все мною пережитое может быть очень интересно и поучительно для многих, тем более, что я пишу в то время, когда весь строй жизни резко изменился после революции.

Родился я в семье сельского священника. Мой отец, Василий Андреевич, родился в 1830 г. По окончании курса в Рязанской семинарии он был послан в Московскую духовную академию, которую и окончил в 1856 г., после чего в течение двух лет был инспектором Скопинского духовного училища. В 1858 г. он женился и поступил священником в село Дмитриевский Погост Егорьевского уезда тогдашней Рязанской губернии (теперь это Московская), где и пробыл 42 года до своей смерти. В те годы было большой редкостью, чтобы кто-нибудь из «академиков» пошел в село священником. Архиепископ хотел перевести его в Зарайск, но отец отказался. Он объяснял свое решение желанием послужить народу, и это служение народу проходит через всю его жизнь.

Моя мать, Пелагея Александровна Соллертинская, дочь протоиерея соборной церкви Егорьевска, родилась в 1838 г., до 14 лет жила дома, потом училась в пансионе князя Волконского в Зарайске, а с 1856 г. преподавала в этом же пансионе английский и французский язык и музыку. Ее знание языков было очень высоко, и она была прекрасной преподавательницей. Как было поставлено обучение в пансионе, и почему его содержал князь Волконский, я не знаю, но для дочери духовного лица по тогдашнему времени учиться там было исключением.

Отец очень тепло относился к крестьянам, которые занимались плотничеством, тканьем рогожных кулей, нанки и другими ремеслами. Они представляли собою смиренный и трудолюбивый народ. Отец любил шутить, разговаривать с людьми, и в этом непосредственном общении устанавливались простые, доверительные отношения. Про него говорили: «Батюшка очень прост, и поговорит, бывало, не только с мужиком или бабою, но и с детьми».

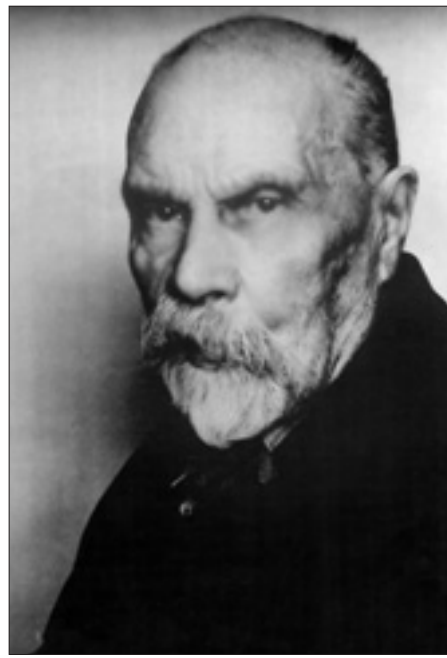
За время своего служения отец построил в селе большую каменную церковь с колокольней взамен маленькой деревянной (деньги на нее собирали всем миром), повесил большой колокол. Позже отец стал благочинным, добился открития в селе двух министерских училищ — для девочек и для мальчиков, а также почтового отделения. Прежде почта была только в городе за 55 верст от села. Обязанности свои отец исполнял просто, ездил без кучера на одной лошади в тарантасике или в санях (зимой). Умер отец в возрасте 70 лет.

Моя мать, Пелагея Александровна, была очень кроткой и умной женщиной, хорошей хозяйкой, замечательной рассказчицей. От нее я получил охоту к изучению иностранных языков, но занялся этим уже поздно, учась в университете. Я очень хорошо помню те вечера, когда мы собирались в гостиной и слушали рассказы матери о прежних временах. Жаль, что я тогда их не записывал.

Нас у родителей было 6 человек — 4 братьев и 2 сестры. Брат Николай окончил реальное училище в Зарайске, потом Технологический институт в Петербурге и стал инженером на железной дороге. Брат Александр учился в Киевской духовной академии и стал преподавателем. Брат Валерьян увлекся сельским хозяйством. Сестры окончили Рязанское епархиальное училище и в свое время стали женами священников. Со мной дома занималась сестра Лидия, выучила меня читать, писать и закону Божию. Относились она ко мне ласково, и я ее очень любил.

Родители решили отдать меня в Рязанскую гимназию. Я стал жить на квартире у священника Александра Ивановича Боголюбова, с сыном которого, Константином, на долгие годы подружился. Там еще жило несколько мальчиков, семинаристов и гимназистов. Потом я прожил 4 года у булочника Вейде, а затем поступил жить на Приклонскую улицу к Петру Семеновичу Ижевскому. Это была очень хорошая семья, и мое житье там было самым лучшим временем моей гимназической жизни. У хозяина был прекрасный сад, в котором он постоянно возился. Ему сопутствовал мой брат Валериан, который тоже любил садовое дело. Я больше занимался с братьями Ижевскими, которые давали мне читать разные книги. Я учился очень хорошо, любил литературу, историю, древние языки и даже пытался переводить на русский «Эдип-царь» Софокла, и директор гимназии убеждал меня идти в филологический институт.

В 1892 г. я окончил курс Рязанской гимназии с золотой медалью и после некоторых колебаний все же поступил в Московский университет на медицинский факультет, а не на филологический. Чтобы утвердиться в своем решении, я даже посещал лекции Герье, Виноградова, Ключевского, Шеффера по истории и сравнивал лекции профессоров на медицинском факультете. В конце концов я понял, что надо остановиться на медицинском.



Я жил в Москве 2 года в семье моей сестры Лидии на углу 1-го Казачьего переулка и Большой Полянки. Она тогда уже была женой священника церкви Успения Божией Матери в Казачьей слободе, Сергея Алексеевича Булатова. Потом я перешел на другие квартиры, потому что лекции стали читаться на Девичьем Поле.

Из 1-го курса нужно особо отметить лекции профессора Зернова по анатомии. Они были очень последовательны, и он сопровождал их большими демонстрациями. Прозектором у него был Губарев, который через несколько месяцев был назначен в Юрьевский университет профессором по гинекологическим заболеваниям. Практические занятия начались очень скоро — месяца через 3 после начала лекций. Заниматься было очень трудно, потому что над трупом приходилось стоять, дыша воздухом, зараженным трупным запахом.

Из других преподавателей нужно отметить профессора Столетова, который читал нам физику, причем лекции сопровождалась демонстрацией разных приборов. Его лекции были очень точные и требовали большого внимания. Вообще, Столетов считался у нас очень строгим профессором, и студенты боялись его, так как на экзаменах он часто проваливал.

Химию нам читал профессор Сабанеев, лекции которого были скучны и однообразны. Зоологию нам читали Богданов и Зограф, а ботанику — профессор Горожанкин. Профессор Вернадский читал нам минералогию, науку довольно скучную. На 2-м курсе, кроме того же Зернова, продолжавшего анатомию, Сеченов читал физиологию, причем

читал очень хорошо, точно, с большим количеством демонстраций. Менее интересно читал продолжение физиологии профессор Мороховец. Гистологию вел профессор Огнев, и я специально занялся практическими работами по гистологии у прозектора Колосова. Занятия шли весьма удачно, и я почти все время проводил там, так что мне предлагали даже остаться на кафедре гистологии в качестве помощника. В конце года Колосова перевели профессором в Варшаву. Бульгинский читал нам так называемую медицинскую химию и органическую химию, но читал довольно скучно, поэтому приходилось все время напрягать внимание.

На 3-м курсе мы занимались уже на Девичьем Поле. Общую патологию читал нам профессор Фохт, человек весьма красноречивый, но в то же время лекции его были не очень содержательны. Частную патологию читали 4 преподавателя, из которых я выбрал профессора Митропольского. Он все время читал нам о бактериях и об инфекционных заболеваниях, а о других болезнях мы от него не слышали, но инфекционные он читал прекрасно. Он часто давал нам книжки, главным образом французские, по инфекционным заболеваниям. Это нас очень привлекало.

Пропедевтическую клинику читал профессор Черинов. Читал он не особенно хорошо, но его клиника отличалась тем, что среди его ассистентов было много будущих профессоров. Так Кишкин и Щербаков продолжили клинику пропедевтики, Габричевский занимался бактериологией, Свержевский стал профессором по болезням уха, горла и носа, Усов имел большую практику и лечил Толстого. Профессором хирургической патологии был Синицын, человек довольно оригинальный и говоривший своеобразно. Патологическую анатомию читал Никифоров, серьезный человек, лекции которого нужно было аккуратно посещать и внимательно слушать. Среди его ассистентов были будущие профессора, например, Абрикосов, Малиновский.

На 4-м курсе мы попали в исключительно клинические условия. Клинику факультетскую нам читал профессор Захарьин, однако через 3 месяца мы отказались его слушать, потому что у нас произошла студенческая история. Наши старосты обвинили его в том, что у него в клинике ординаторы берут деньги с больных и не исполняют тех назначений, которые делает Захарьин. К этому присоединились и разные политические причины, между ними и то, что Захарьин лечил Александра III во время его предсмертной болезни. В конце концов, весь наш курс перешел к другому профессору, Павлинову, который читал в Екатерининской больнице, причем очень скучно и однообразно, а у Захарьина осталось 13 человек из всего курса, на котором было 250 студентов.

Факультетскую хирургическую клинику читал нам профессор Бобров, ассистент которого Федоров стал потом профессором Военно-медицинской академии, а Спичарный наследовал кафедру самого Боброва. Клинику детских болезней читал профессор Филатов, который прекрасно поставил дело, и его замечательные лекции мы все старались посещать аккуратно. Гигиену очень хорошо читал профессор Эрисман. Он требовал полного внимания, и когда однажды один из студентов заснул на лекции, да еще сидя на первой парте, Эрисман до такой степени расстроился, что прекратил лекцию и заявил, что больше читать нам не будет, потому что студенты на его лекциях спят. Только благодаря долгим уговорам наших старост это дело удалось уладить.

Я забыл сказать, что на 3-м курсе читал нам фармакологию профессор Богословский, а лаборантом у него работал Василий Петрович Ижевский, сын того самого Ижевского, у которого я жил в Рязани. Это был человек очень мягкий,

Продолжение на стр. 9



Начало на стр. 8

любивший свое дело. Позже он стал профессором по металлургии в Киеве. У него я занимался химией, так как тех сведений, которые мы получили на 2-м курсе, мне было недостаточно. Я проводил в фармакологическом институте все свое свободное время и часто кончал работу часов в 12 ночи. У меня была мысль, что нужно как-нибудь открыть такие вещества, которые служили бы противоядием против других, ядовитых веществ. Это было особенно важно, потому что в то время был открыт дифтерийный антитоксин, с помощью которого с большим успехом лечили больных дифтерией. Так как сам дифтерийный яд не был известен с химической точки зрения, то не было известно противоядие, то есть дифтерийный антитоксин. Я стал говорить с Филатовым и с Никифоровым о том, как можно определить природу этого антитоксина. В конце концов, я решил, что нужно начать с такого яда, химический состав которого был бы хорошо известен, и выбрал мышьяк. Я привез овцу из Дмитриевского Погоста и стал кормить ее мышьяком, затем стал вводить мышьяк под кожу собакам. Для этого пришлось усовершенствовать способы обнаружения мышьяка в органических веществах. Я нашел такой способ, который позволял открывать ничтожнейшие доли мышьяка в соединениях, например, одну стотысячную. По этому поводу я написал свою первую работу, которую напечатал в журнале «Судебная медицина». Затем я начал опыты с атропином, впрыскивая его в небольших количествах собакам. В результате я получил у них в крови вещество, похожее на мускарин. На эти занятия ушел весь год 3-го курса.

На 5-м курсе я прежде всего столкнулся с госпитальной терапевтической клиникой профессора Остроумова, который всех нас буквально очаровал. Он смотрел на медицину, как на одну из биологических наук, большое время уделял анамнезу и разбору каждого отдельного случая болезни. Госпитальную хирургическую клинику вел профессор Левшин, ничем особенно не отличавшийся. Гинекологическую клинику вел профессор Снегирев, чрезвычайно интересно читавший лекции. Глазную клинику вел профессор Крюков, у которого я очень много занимался, особенно у его ассистента Сергея Селивановича Головина, ставшего потом профессором в Одессе. Психиатрическую клинику читал профессор Сергей Сергеевич Корсаков, очень талантливый человек. У него я занимался довольно много и даже думал о том, чтобы остаться там ординатором. Государственные экзамены мы сдавали осенью. Председателем на них был профессор Харьковского университета Данилевский.

После окончания университета я временно работал в Дмитриевской больнице у себя на родине, так как заболел тамашний врач. В больнице постоянно было примерно 15 больных и несколько родильниц. Кроме того, приходилось ежедневно принимать больных в амбулатории, число которых по воскресеньям доходило до 100 человек. После окончания всех этих дел нужно было еще ездить по участку, а там в это время была эпидемия скарлатины и брюшного тифа. Для помощи при лечении скарлатинозных больных была прислана губернским земством особая фельдшерница.

Поездки по школам во время эпидемии скарлатины совершались почти ежедневно, причем они занимали целый день, так что я, начав работу в 8 часов утра, возвращался домой в 9 вечера. Эпидемия была очень тяжелой, с большим количеством смертных случаев и с разными осложнениями. Я увидел, что многого не понимаю в инфекционных заболеваниях и что нужно снова учиться. Я сговорился с одним из своих товарищей, Ивановским, и он приехал меня заменить, а я отправился в Москву, чтобы продолжить обучение.

Я стал ходить по клиникам и, в конце концов, остановился на клинике профессора Остроумова, хотя мне предлагали ординаторскую должность профессор Кожевников по нервной клинике. У Остроумова я остался экстерном, то есть нештатным врачом без жалования, а ординатором был назначен только через 1,5 года. Для того, чтобы получить какие-то деньги, я летом устраивался временным врачом на постройку Рязано-Уральской железной дороги, на участок от Москвы до Павельца, жил в Серебряных Прудах, познакомился с доктором Мариничем, который постоянно работал на строительстве железной дороги. В течение месяца я работал врачом в Кашире, заменяя заболевшего тамашнего железнодорожного врача Буковского. Там я узнал, как работают под водой, сам спускался в кессоны. Сначала входил в будку, двери которой плотно закрываются и затем в нее накачивают воздух. Когда давление воздуха становится такое же, как в кессоне на дне реки, можно туда спускаться и

работать. Кессоны опускались метра на 4 ниже уровня реки. При мне несчастных случаев не было, но вообще эта работа вызывает иногда кессонную болезнь, то есть кровоизлияние в спинной мозг при неравномерном накачивании воздуха. Когда я поднялся вверх, то испытал шум в ушах и некоторое оглушение, но все обошлось благополучно. К началу занятий я возвращался в клинику в Москву.

Во времена моего студенчества было много всяких политических движений. Я не особенно увлекался этими течениями, а вечерами больше проводил время со своими родными, ходил в театры, много занимался в лаборатории Фармакологического института. Меня очень увлекла опера. В то время не было больших талантов, но некоторые артисты возбуждали к себе симпатию, например, баритон Хохлов, артистка Альма Фостер, обладавшая хорошим голосом, но плохо говорившая по-русски. Малый театр я посещал не очень аккуратно, но, во всяком случае, состав артистов там был прекрасный: Ермолова, Лешковская, Яблочкина, Музиль, Садовский. Там прекрасные ставили Островского, Шекспира, Гоголя, Лопе-де-Вега. Студенческих волнений в то время не было, кроме тех, что случились из-за Захарьина. Трое из наших студентов были тогда высланы в Харьковский университет, но через год они уже вернулись в Москву.



Л.Н. Толстой (фото Д.В. Никитина)

Профессор Остроумов преподавал очень интересно. Он смотрел на болезнь как на результат влияния на человека наследственности и внешней среды. Он придавал большое значение нервной системе, ее

влиянию на человека, обращал пристальное внимание на анамнез больного, на его отношение к различным условиям внешней среды. Его учение в этом отношении значительно отличалось от того, что признавалось другими клиницистами. Из всех клиницистов, которые занимались этим вопросом, следует отметить только Боткина, а Павлов не имел значения в этом смысле.

Клиника Остроумова была хорошо снабжена всевозможными лабораторными приспособлениями, и как только появились известия об исследованиях Рентгена относительно лучей, тотчас эта установка была заведена в клинику. Обходы Остроумов делал 3 раза в неделю с 7 часов утра, а до этого времени нужно было сделать обход ординатору и ассистенту. Из ассистентов следует особенно отметить Александра Алексеевича Ансерова, который был весьма опытным врачом и значительно помогал молодым ординаторам. Там же были Готье дю-Файе и Николай Александрович Кабанов. Мне пришлось главным образом быть ординатором у Кабанова. После обхода, часов в девять утра Остроумов пил кофе, затем шел читать лекцию. Лекции его были необычайно интересны по тем идеям, которые он высказывал.

Когда я был ординатором, мне часто приходилось готовить истории болезни для профессора. Истории писались очень подробно, и это занимало много времени. Обычно накануне лекций я садился за стол в 6 часов вечера и писал до 2-3 ночи, потом эти истории отвозили Остроумову на дом, отдавали дворнику, а сам профессор вставал в 5 утра и читал привезенные истории. Если у меня было много больных, то было трудно успеть все это написать.

В 1902 г. ординаторство мое кончилось, и я поехал к Толстому, у которого был домашним врачом в течение 2 лет, а в сентябре месяце 1904 г. я поступил в Звенигород — заведующим земской больницей. Передо мной там работал доктор Бауэр, который был хирургом и главное внимание обращал на то, чтобы была развита хирургическая помощь людям. В Звенигороде я проработал 25 лет, до 1930 г., и нисколько не жалею о том, что так много времени пришлось провести в одной больнице. Земская работа в Московской губернии была очень интересной. Лечение и лекарства для населения были бесплатные. При больнице была аптека, где работали больничные фельдшерницы и выдавали больным, посещавшим амбулаторию, прописанные врачами лекарства. В случае тяжелых заболеваний приходилось выезжать к больным на дом, но это бывало редко, и больных старались привезти в больницу. Был установлен такой порядок: врач сначала принимал детей, потом острых температурающих больных, а затем уже всех прочих.

На неделе был 1 день, свободный от амбулаторного приема, четверг, и, как правило, в этот день приходилось ездить в Москву, или же врачи со всего уезда собирались на санитар-

Продолжение на стр. 10

## ИнтерНьюс

### Курил, курю и буду курить — борьба за права курящих выходит на новые рубежи

Запрет на курение в общественных местах, который начал действовать в Англии 1 июля 2007 г., не достиг своей цели. Он не только не привел к сокращению числа курящих и уменьшению количества выкуриваемых сигарет, но и спровоцировал рост курящих мужчин в стране. Национальная служба здравоохранения опросила 7 тысяч англичан и выяснила, что после того, как начал действовать запрет на курение в общественных местах, курящих женщин осталось столько же, сколько было до введения ограничений — 21%. Мужчины же стали курить еще больше: их доля увеличилась с 23 до 24%. Особенно заметным был рост количества выкуриваемых сигарет у самых молодых мужчин от 16 до 34 лет, среднее количество выкуриваемых сигарет увеличилось на 1,5 штуки — с 11 до 12,5 штук. Около трети опрошенных курильщиков заявили, что после введения ограничений стали чаще курить дома, а не в барах или ресторанах. Организаторы противотабачной профилактики пытались запретом на курение в общественных местах позаботиться о здоровье пассивных курильщиков. Также предполагалось, что новый закон облегчит отказ от вредной привычки для тех, кто хочет бросить курить, и уменьшит долю курильщиков. Получилось же, что теперь увеличение количества людей, курящих дома, может привести к увеличению риска пассивного курения для детей.

Источник: gzt.ru

### Дигоксин замедляет рост опухолей

«Удивительно повторно открытое вещество, уже утвержденное FDA, которое блокирует белок, необходимый для развития раковых клеток», — комментирует Г.Л. Семенза, глава программы изучения сосудистых заболеваний в Институте клеточной инженерии Джона Хопкинса. Семенза изучал индуцируемый при гипоксии фактор HIF1 — белок, который помогает клеткам выживать при снижении уровня кислорода. HIF1 включает гены, вырабатывающие новые сосуды и способствующие выживанию клеток, лишенных кислорода. Быстрорастущие опухоли окружены тканями, содержащими низкий уровень кислорода. Лишенные кислорода клетки опухоли повышают уровни HIF-1, чтобы выжить в неблагоприятных условиях. Выключение или блокирование HIF-1 может привести к замедлению роста опухоли. Исследователи использовали информацию о 3 000 препаратов, одобренных FDA, из Библиотеки Джона Хопкинса, или находящихся на второй фазе клинических испытаний, проверяя их способность выключать рост раковых клеток. Отобранные 20 препаратов блокировали HIF1 на 88%. Большая их часть принадлежала классу средств, используемых при сердечно-сосудистых заболеваниях, в том числе — дигоксин. Исследователи сосредоточили внимание на дигоксине, поскольку он наиболее известен. Они изучали клетки рака простаты, выращенные в нормальных условиях и при низком уровне кислорода. Обработывая их дигоксином на протяжении 3 дней, они считали количество клеток. Они обнаружили, что клетки в присутствии дигоксина росли медленнее, также количество клеток сократилось, и рост опухоли прекратился, когда клетки добрались до необработанных тканей. Для проверки эффективности мышам с опухолями ежедневно делали инъекции дигоксина, и скорость роста замедлилась вдвое. Возможно, что когда-нибудь препараты на основе дигоксина будут использоваться в лечении рака, но необходима огромная работа, поскольку нужно понять, каким образом препарат блокирует HIF1 и замедляет рост опухоли.

Источник: Physorg News

### При разводе нажитые органы делятся между супругами...

При разводе американский хирург потребовал у бывшей супруги вернуть его собственную почку, пересаженную ей 8 лет назад, либо выплатить компенсацию в 1,5 млн. долларов. Сосудистый хирург Р. Батиста женился на своей подруге Донелл в 1990 г. а в 2001-м согласился стать для нее донором почки. Через 4 года после операции Д. Батиста подала на развод. По словам Ричарда, его жена изменяла ему и не пыталась сохранить их брак. Кроме того, она запретила трем их детям видеться с отцом. Р. Батиста сообщил, что испытал сильнейшую боль от предательства любимого человека, которому посвятил жизнь. Устав от длительных препирательств по поводу раздела имущества, он принял решение сделать свой брак разводом процесс достоянием общности. Адвокат Ричарда Д. Барбара заявил, что истец просит о возврате почки «чисто теоретически», а на самом деле хочет вернуть «себестоимость органа». Суд вскоре рассмотрит требование, но уже сейчас юристы говорят, что истец вряд ли добьется успеха. По закону донорский орган считается даром и поэтому не может покупаться или продаваться.

Источник: gzt.ru

**БЕСТСЕЛЛЕР учебно-методической литературы!**

**«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»**

Под ред. профессора П.А. Воробьева  
Издательство «НьюДиамед»

В краткой, но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов:

- общеклинических и биохимических исследований крови,
- мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей,
- ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др.

Всего 8000 параметров.  
Разнообразный перечень критериев и признаков заболеваний.  
Для каждого исследования написаны пределы нормальных значений, возможные отклонения от нормы и трактовка этих отклонений.  
Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.



## ИнтерНьюс

### И очень опасен...

Журнал New Scientist опубликовал список научных проблем, споры вокруг которых ведутся с позиции априорной этики, а не эвристики. В прошлом году ломались по поводу ядерного оружия, евгеники и экспериментов на животных, но за последние годы список «безнравственных» областей исследования вырос по экспоненте. Особенно яростные споры вызывают репродуктивная биология и медицина — достаточно вспомнить клонирование, «дизайнерских детей», исследование стволовых клеток, гибриды человека и животных и так далее. Среди других «неприятных» тем можно найти нанотехнологии, синтетическую биологию, геномику и генетически модифицированные организмы. В общепринятой этике есть иррациональные императивы, которые принято называть здравым смыслом. К ним, например, относятся утверждения «нельзя играть в Бога» или «нельзя вмешиваться в природу». С одной стороны, они интуитивно верны, с другой — приводят к нежеланию понять позитивные стороны научных открытий. Пример: неприятие генетически модифицированных продуктов. К. Санстейн, гарвардский профессор и советник Барака Обамы, отмечает, что люди относятся к ним негативно, считая их неестественными, а значит, морально неприемлемыми. Ученый вспоминает в этой связи написанное более столетия назад эссе британского философа Джона Стюарта Милла «О природе» (On Nature), в котором говорится буквально следующее: «Понятие естественного является самым злостным источником ложного вкуса, ложной философии, ложной морали и даже ложного права». Эти слова можно применить к современности: большинство пребывает в ложной уверенности, что естественная пища полезна и безопасна. При этом люди недооценивают канцерогенность некоторых естественных продуктов и неверно судят о пестицидах, клонировании скота и генетически модифицированных продуктах. Априорное представление о том, что неестественное — это плохо, ложно. Еще более негативно общество относится к репродуктивным технологиям. Экстракорпоральное оплодотворение и генетическое тестирование позволяют изучить гены клеток эмбриона до пересадки его в матку, чтобы избежать врожденных заболеваний. И это только начало: в будущем родители смогут выбирать рост ребенка, цвет волос и глаз, даже, возможно, пропорции тела, уровень интеллекта и черты характера. Иными словами, природной генетической лотерее будет положен конец. Л. Уолперт, биолог медицинского колледжа Лондонского университета, считает, что в этом вопросе обыватели проявляют крайнюю степень непонимания сути научной проблемы. «Речь идет не об этике, а о банальной безопасности, — говорит ученый. — Гены не игрушки. Вместо желаемого результата можно получить чудовищные отклонения от нормы. Поэтому — и только поэтому — дизайн эмбрионов сейчас невозможен и неприемлем». Кроме того, никто не собирается вводить принудительное экстракорпоральное оплодотворение. Ученый советует моралистам больше внимания обращать на детей, а не зародышей. По данным британского общества защиты детей от жестокого обращения, не менее четверти маленьких подданных Ее Величества страдают от эмоционального, физического и сексуального насилия. Многие ученые не считают с возражениями моралистов: наука по определению нравственно нейтральна, поэтому этический взгляд на научный вопрос для них равносителен невежеству. Подобная позиция подобна уходу от проблемы социальной ответственности науки. Журнал считает, что ученые сами виноваты в сложившейся ситуации. Им надо больше рассказывать о своей работе, а не уединяться в башне из слоеной кости. Обыватели вправе опасаться, что нравственно слепая наука может однажды причинить им вред.

Источник: New Scientist, January 2009

Начало на стр. 8, 9 ↗

ные советы и обсуждали всякие дела земской медицины, отчеты, благодаря чему устанавливалась хорошая связь между всеми больницами уезда. В остальных губерниях такие встречи тоже проводились, может быть где-то менее успешно, что зависело и от того, в том числе, насколько легко земское собрание отпускало деньги на земскую медицину. Московская губерния в этом смысле была выдающейся. В состав санитарного совета входили все врачи, медицинские и ветеринарные, и, конечно, санитарный врач уездного земства. Управа также всегда присутствовала на совете. Санитарным врачом был сначала Ф.Л. Касторский, очень много говоривший и мало делавший человек. Его сменил А.В. Мальков, очень усердно работавший по школьному делу и по надзору на фабриках. После него пришла Людмила Сергеевна Зиновьева, затем, уже при советской власти, Я.А. Могилевский. Раз в 3—4 года в Москве созывались съезды врачей всей губернии, на которых обсуждались и положение медицинского дела в уездах, и собственно медицинские вопросы. В губернской управе было санитарное бюро, во главе которого был И.В. Попов, потом В.А. Левицкий, В.С. Лебедев. П.И. Куркин заведовал санитарной статистикой губернии.

В санитарном совете были замечательные врачи — заведующая Павловской больницей И.И. Эляшьева, заведующая Пятницкой больницей В.В. Поваляшина, заведующий Петровской больницей К.Г. Славский, заведующий Воскресенской больницей К.А. Боголюбов. Они всю свою жизнь отдавали земскому делу и работали самым лучшим образом. Славский тоже написал свои записки, но они пока не опубликованы. У К.А. Боголюбова судьба сложилась трагически: он покончил с собой в ноябре 1941 г., когда немцы вошли в Истру, а у него в больнице оставались раненные, вывезти которых не было возможности.

В 1905 г. губернатором были уволены два врача — Я. Дорф и А.С. Шапиро, в связи с чем ушел в отставку председатель земской управы В.Ф. Кокошкин. На его место был избран князь Голицын, имевший медицинское образование (хирург). Через год ему пришлось уйти, так как он заявил в земском собрании о своем несогласии с точкой зрения правительства на необходимость поддержки тех крестьян, которые желают уйти на хутора. Я пригласил его работать хирургом в нашу больницу. На место второго врача была приглашена Е.М. Линтварева, служившая раньше в Петровской больнице губернского земства при А.Г. Архангельской.

В Звенигородской больнице дела велись таким образом. С утра делался обход больных, лежащих в больнице, затем начинался прием амбулаторных больных. Все дела, которые требовали участия всего персонала, обсуждались по вечерам в больничном совете, и лишь потом осуществлялись те положения, которые принимались на совете. Наиболее бедные больные или хроники получали пособие от земства или от благотворительного общества. Летом, в июле или августе, устраивался концерт в пользу этого общества, на который приглашались певцы и музыканты. В этом мне очень помогал В.В. Стерлигов, имевший дачу в Звенигороде. Он был заведующим сценой в Большом театре и старался сделать наши концерты интересными для всех. У нас выступали Збруева, Власов, пианисты и ученики Консерватории. Билеты богатым помещикам и купцам развозили на дом, а платили они за них по 600—700 рублей. Эти деньги и шли на помощь наиболее бедным больным нашего участка. Концерты давались в помещении земской управы.

Все врачи имели ежегодный отпуск на месяц, а раз в 3 года — 3-месячный отпуск для научной командировки. Я обычно время своих отпусков проводил в занятиях по факультетской терапевтической клинике у профессора Н.А. Кабанова вместе со своими товарищами В.К. Кайзером, Букиничем и доктором Е.Л. Киселевой. Летом я устраивал в Звенигородской больнице практические занятия по внутренним болезням для студентов женских курсов. В 1914 г. я занимался у профессора Бауэра в Гамбурге. Он был интересен тем, что делал операции на легких при их туберкулезном поражении, соединяя в себе терапевта и хирурга. Я ездил в отпуск в Италию, в Раполло около Генуи, один раз побывал на Кавказе, проехал по Военно-Грузинской дороге с доктором Дашкевичем. Каждое лето у меня жили мои родные, что очень оживляло мое существование, иногда приезжали врачи и другие гости, с которыми мы ходили гулять по окрестностям — в Дютково, в Саввино-Сторожевский монастырь, просто в лес. Иногда мы всей компанией отправлялись в Воскресенск (Истру) к моему старинному знакомому еще по Рязани, доктору Константину Александровичу Боголюбову.

В 1907\* г. я принял участие в научной экспедиции на остров Шпицберген в Северном Ледовитом океане. Дело в

том, что недалеко от Звенигорода жил на даче профессор А.И. Россолимо, по специальности химик, очень интересовавшийся полярными исследованиями. Он предложил мне принять участие в качестве врача в экспедиции на пароходе «Персей». Начальником экспедиции был профессор Зенкевич. Я согласился и отправился в Архангельск, откуда мы вышли в конце июня и стали делать рейсы параллельно меридианам, то к северу, то к югу. Во время остановок мы брали пробы воды, измеряли глубину, исследовали микроскопическую фауну, ловили рыбу. Так мы шли до Мурманска, где сделали остановку на неделю, затем пошли к Медвежьему острову и на восточный берег Шпицбергена, Груманта по-русски, где предполагалось найти угольные копи. Мы оставили там группу углекопов, одного инженера и ученого Обручева, а сами пошли к западному берегу. На севере острова мы осмотрели норвежский поселок, в котором имелись больница с рентгеновской установкой, клуб и хорошая библиотека. В Архангельск мы вернулись в конце августа.

Весной 1908 г. был очень большой весенний разлив Москвы-реки, так что вода залила шоссе, ведущее к монастырю, часть посада и города. Между прочим, остались следы размыва около городка, и мальчишки нашли там глиняный горшок, наполненный серебряной монетой. Часть этих денег они принесли мне. Оказалось, что в горшке были серебряные монеты величиной с гривенник, только овальной формы. На одной стороне было вычеканено: «Жигмонт, великий князь московский», а на другой — изображение Георгия-Победоносца на коне. Видимо, эти монеты чеканились где-то неподалеку для одного из польских претендентов на русский престол после смерти Лжедмитрия. Я передал эти монеты в Исторический музей.

Звенигородский уезд в то время включал теперешние Звенигородский, Истринский районы, Одинцово, Барвиху, Архангельское. В ведении уезда было 3 больницы уездного земства — Звенигородская, Перхушковская и Павловская, 1 фабричная больница — Ивановская, на суконной фабрике Попова, 5 губернских лечебниц — Воскресенская (Истринская), Пятницкая, Петровская, Рукавишниковская и Перелесевская, 1 лечебница Русского уезда и 1 частная лечебница Московского уезда — Ромашковская. Потом к этому прибавились Кубинская лечебница и Палицынская амбулатория. В начале моей работы в Звенигороде на весь уезд был один ветеринарный врач — Ф. Глазко. Он разъезжал по всему обширному участку, и это, конечно, было очень трудно и приносило мало пользы. Но вскоре губернское земство увеличило количество ветеринаров, и перед революцией в уезде было уже 5 ветеринарных врачей, в частности в Воскресенске (Истре).

За 25 лет моей жизни в Звенигороде амбулаторный прием возрос втрое. Там пришлось построить много новых зданий, например, инфекционный барак, родильный приют, новую амбулаторию. Также была сооружена скважина для добычи воды, которую раньше доставляли издалека бочками, построены помещения для низших служащих, кухня, сделаны поля орошения. Таким образом, больница была приведена в порядок. За время моего заведования была заведена посемейная запись больных, так что каждый больной записывался каждый раз, как приходил на прием. Из этих данных можно было извлечь данные о заболеваемости и смертности. Назначенный после меня врач Шур почему-то уничтожил весь этот материал, но потом записи вновь стали вести в прежнем виде.

Иногда я ездил к соседним врачам, чтобы лечить их. Так, в самые первые месяцы моей работы я ездил в Петровскую больницу к тяжело заболевшему врачу — Александре Гавриловне Архангельской. Некоторое время мне самому приходилось заниматься хирургией и делать брюшные операции. Всего мною было сделано около пятидесяти операций по поводу язвы желудка, из которых только одна окончилась смертью. Со временем персонал Звенигородской больницы был значительно изменен. Если вначале там были фельдшер, фельдшерница, акушерка и 2 врача, то к 1929 г. было уже 7 врачей, 4 фельдшерицы, акушерка, заведующая хозяйством, экономка. Это значительно улучшило медицинскую помощь.

В начале Русско-германской войны 1914—1918 гг. мне было поручено организовать госпиталь на 100 коек в имени Морозова Покровском-Рубцово около Воскресенска (ныне это Истра), близ станции Новоисералимская Московско-Виндавской железной дороги. Здесь снова пришлось выступать в роли хирурга. Особенно интересно отметить, что туда привозили больных столбняком и очень часто таких, которым нельзя было ничем помочь, так как столбняк у них начался еще на фронте. Чем раньше развивался столбняк, тем хуже было его предсказание. При лечении надо бы-

Продолжение на стр. 11 ↗

**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 докторов, а также врачах из других регионов:

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед  
Газета высылается БЕСПЛАТНО



Начало на стр. 8, 9, 10 ↗

ло впрыскивать противостолбнячную сыворотку или в позвоночник, или, после трепанации, под твердую оболочку головного мозга. Надо сказать, что этот последний способ давал гораздо лучшие результаты, чем другие. Всего у меня было около 30 столбнячных больных. В госпитале Покровского-Рубцова со мной работала Е.М. Линтварева и еще 3 врача, а также много медсестер. Тем не менее, работы всем было очень много. Пробыл я там около 9 месяцев.

В 1916 г. я поехал на фронт, в отряд Земского союза на Западном фронте, где уполномоченной была Александра Львовна Толстая. Отряд наш помещался на станции «Залесье» недалеко от Сморгони. Там в течение месяца мне пришлось пережить 2 газовые атаки. В первой газовой атаке в начале июля противником были применены главным образом фосген и хлор. Отравилось около 11000 человек, и было много умерших. Отравившиеся получали острый отек легких, поражение полости рта. В войсках не было никаких приспособлений против газов. Пришлось экстренно придумывать средства для борьбы с отеком легких. Лучше всего действовали внутривенные вливания физиологического раствора с возбуждающими веществами — кофеином и ничтожными долями стрихнина. Я применил для этого случая и вливание кислорода в вену. Через месяц была проведена вторая газовая атака фосгеном и еще каким-то газом, вызвавшим еще более тяжкие поражения. Пострадала другая наша дивизия, а именно Вторая Кавказская гренадерская, в числе которой были полки — Эриванский, Грузинский, Мингрельский и Тифлисский. Эти войска были снабжены защитными масками Зелинского, так что явления отравления у тех, кто был в масках, были значительно меньше.

8 октября 1916 г. немецкий аэроплан сбросил бомбы на наш госпиталь как раз в то время, когда мы собирались делать операцию по поводу грыжи одному больному, доставленному из полка. Было ранено несколько человек из персонала и больные, которые вышли из своих палаток посмотреть на аэроплан. Я делал перевязки и вдруг заметил, что правая рука у меня действует хуже, чем левая, так что, в конце концов, перевязки пришлось кончить, тем более, что приехали врачи из дивизии. У меня оказались ранены правое плечо и левая нога. В ту же ночь меня и других раненых отправили в земский госпиталь в Минск, и я попал к доктору Гуревичу. В местах ранения были обнаружены осколки, которые потом были удалены операцией. На ноге у меня развилось воспаление вены. Пролежав в госпитале 3 недели, я был выписан и поехал домой, в Звенигород. На фронт я больше не возвратился, так как произошла революция.

За 25 лет моего отсутствия (это уже 50-е годы, ред.) Звенигородская больница нисколько не изменилась, к ней ничего не было пристроено, увеличи-

лось только число приходящих больных, заведен новый рентгеновский аппарат, увеличено количество врачей — теперь их 40 человек, считая детских и по женским болезням.

*\*Послесловие редактора* Годы жизни Дмитрия Васильевича Никитина — 1874—1960 гг. В 1902 г. семья Л.Н. Толстого пригласила к заболевшему писателю постоянного домашнего врача Д.В. Никитина. Толстой был слаб, не вставал с постели, и поначалу неохотно позволил новому доктору себя осмотреть. Скоро авторитет Д.В. Никитина в семье Толстого укрепился. В Ясной Поляне Никитин не только следил за здоровьем семьи, но и вел прием местных жителей, работал с рукописями писателя. Позже он приезжал к Толстому при каждом его заболевании и в качестве друга семьи. Вызванный телеграммой Д.В. Никитин был возле Льва Николаевича в последние дни его жизни. Этому драматическому моменту посвящены подробные воспоминания. В частности, публикация Д.В. Никитина в статье «Последние дни Л.Н. Толстого» («Русские Ведомости», 6.11.1911 г.), в краеведческом альманахе «Рязанский следопыт» опубликована 1-я часть воспоминаний о Л.Н. Толстом Д.В. Никитина, машинописный вариант воспоминаний хранится в Государственном архиве Рязанской области (ГАРО) в личном фонде доктора Никитина. Заверенная ксерокопия воспоминаний для публикации в альманахе была безвозмездно передана директором ГАРО Т.П. Синельниковой.

Экспедиция на «Персее» состоялась в 1925 г. Шуна, приспособленная для плавания во льдах, была построена в 1922 г., Л.А. Зенкевич родился в 1889 г., так что не мог возглавлять экспедицию в 1907 г.

В 1923 г. в Московском медицинском институте, была организована кафедра инфекционных болезней, первым заведующим кафедрой был избран профессор М.П. Киреев. В 1931 г. кафедрой для участковых врачей было выпущено «Руководство по острым инфекционным заболеваниям» под авторством М.П. Киреева, Д.В. Никитина и К.Ф. Флерова. В 1931 г. Дмитрий Васильевич побывал у А.М. Горького в Сорренто для консультации и лечения.

В 1933 г. Никитин был сослан в Архангельск, где работал вначале врачом, а с 1936 г. создал кафедру инфекционных болезней медицинского института и руководил ею в течение 17 лет. В годы Великой Отечественной войны Д.В. Никитин был награжден правительственными наградами, ему неоднократно выражали благодарности командиры Беломорской флотилии и Северного флота. Он занимался изучением инфекционных заболеваний на Севере, им публиковались материалы по дифтерии, менингитам и другим заболеваниям. В 1942 г. была опубликована его монография «Сыпной тиф».

В 1953 году Д. В. Никитин возвратился в Москву, жил у родственников.

**Сопредседатели секции:**

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

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

*Уважаемые господа!*

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начало выпуск нового журнала

**ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Журнал продолжает линию «Международного журнала медицинской практики», прекратившего издание в 2007 г. (<http://www.mediasphera.ru/journals/prastik/>). Эта линия состоит в последовательном продвижении в медицинскую практику научных эпидемиологических подходов. Цель журнала — сделать решение всех вопросов медицинской практики и управления здравоохранением основанным на доброкачественных научных данных; сделать медицину, основанную на научных доказательствах, реальностью нашей жизни.

- В журнале:
- информирование читателей о наиболее важных исследованиях в медицине и общественном здоровье;
  - освещение ключевых вопросов методологии медицинских исследований в доступной для врачей форме;
  - самые высокие стандарты объективности и независимости информации;
  - уделение особого внимания:
    - вопросам общемедицинского значения;
    - информационному обеспечению врачей;
    - информационной поддержке решений;
    - средствам эффективного использования информации в обеспечении деятельности врачей и медицинских организаций.
  - освещение проблем, представляющих важность для врачей всех специальностей.
- Главным объединяющим фактором является внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

**Подписаться на наш журнал вы можете:**

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 19413.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Бланк-заказ на подписку журнала на 2009 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте). Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие	
		1	2	3	4
Номера журнала					
Цена одного номера в руб.					
		600	600	600	600
ИТОГО (впишите сумму):					
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.					

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, а/я 2, Издательство «Ньюдиамед». При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57 E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspor.ru.

- В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:
- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
  - в графе «Назначение платежа» — адрес доставки;
  - стоимость дана с учетом НДС (10%).

**Сопредседатели секции:**

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

**«Профилактика сердечно-сосудистых осложнений»**

19 марта 2009 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

**Программа заседаний секций МГНОТ в 2009 году**  
**Московского городского научного общества терапевтов**  
 Совместные заседания Кардиологической и Ангиологической секций в 2009 году

Дата	Тема
26 февраля	Синкопе. Что за этим стоит?
19 марта	Профилактика сердечно-сосудистых осложнений
23 апреля	Медикаментозное и немедикаментозное лечение артериальной гипертонии. Каков баланс?
21 мая	Гиполипидемическая терапия. Мифы и реальность.
17 сентября	Коморбидность в кардиологии. Заболевания бронхо-легочной системы.
1 октября	Тиреотоксикоз
29 октября	Коморбидность в кардиологии. Нефропатия. Пусковой механизм или мишень?
19 ноября	Вертебрально-базилярная недостаточность
17 декабря	Сердечная недостаточность. Как продлить жизнь больному?

**Совместные заседания секции «Человек и инфекция» и Пульмонологической секции в 2009 году**

Дата	Тема
17 февраля	Антибиотики современных поколений в клинической практике
3 марта	Респираторная инфекция
14 апреля	Муковисцидоз и другие редкие болезни
29 сентября	Иерсиниозы
20 октября	Гепатиты. От профилактики до трансплантации печени
1 декабря	Базисная терапия бронхиальной астмы. Современная иммунотерапия бронхиальной астмы

**Приглашение**

**«Медикаментозное и немедикаментозное лечение артериальной гипертонии. Каков баланс?»**

23 апреля 2009 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

**Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»**

- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА** 184 стр., м.о.
- Под ред. Новодрановой В.Ф., Воробьева П.А. **ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии** 154 с., м.о.
- П.А. Воробьев **ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА** 80 стр., м.о.
- Под ред. Воробьева П.А. **СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 4 издание 721 с., тв. п.
- Под ред. Воробьева П.А. **СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 4 издание, CD
- Андреев Ю.Н. **МНОГОЛИКАЯ ГЕМОФИЛИЯ** 232 с., тв. п.
- Под ред. Воробьева А.Н. **ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 632 с., тв. п.
- Воробьев П.А. **В ОТЕЧЕСТВЕ СВОЕМ ПРОРОКА НЕТ** 320 с., тв. п.
- Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. **ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения** 254 с., тв.п.
- Под ред. Воробьева П.А. **ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ** том 1, 440 с., тв.п. том 2, 470 с., тв. п.
- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»** 76 с., м. о.
- Под ред. А.И. Воробьева **РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ** 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 1275 с. с ил., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева **КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ).** 3-е издание 792 с., тв. п.
- Давыдов Н.Г., Пальмин А.Д. **БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ** 68 с., м.о.
- СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 430 с., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева **СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 540 с., тв. п.
- В.В. Цурко **ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ** 136 с., тв. п.
- СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** CD.
- Воробьев А.И., Шишкова Т.В., Коломийцева И.П., Воробьев П.А. **КАРДИАЛГИИ** 4-е издание, 292 с., тв. п.
- Беленков Ю.Н., Преображенский Д.В. и др. **ЛЕГочная ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ** 374 с., тв.п.
- П.А. Бубнова-Рыбенкова **ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА** 228 с., тв. п.
- Касирский И.А. **ВОСПОМИНАНИЯ УЧЕНИКОВ И ДРУЗЕЙ** 168 с., м. о.
- П.А. Воробьев **АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ** 168 с., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева **ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА** 288 с., тв. п., м.о.
- Фейгенберг И.М. **ВЕРОЯТНОСТНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА И ПОВЕДЕНИИ ЖИВОТНЫХ** 192 с., тв. п.
- Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Кременевой **АТЛАС. ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ** 294 с. с ил., тв. п.
- Под ред. Л.М. Герасимовского **ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ** 362 с., тв. п.
- Б.П. Богомолов **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА** 653 с., тв. п.
- Баргагант Э.С., Мозов А.П. **ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА** 3-е изд., 292 с., тв. п.

**Приглашение**

**«Муковисцидоз и другие редкие болезни»**

14 апреля 2009 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.  
 Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.  
**РЕДАКЦИЯ:** Главный редактор П.А. Воробьев  
**Редакционная коллегия:** А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветова, В.В. Власов, О.В. Борзенко  
**Редакционный совет:** Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голыков А.П., Губина 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., Палеен 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., Синапальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Турин 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 **δ**

**Внимание!** В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!