



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

На центральной улице Волоколамска, которая ведет от города на станцию, на склоне горы стоит угловой дом — одноэтажный сверху, двухэтажный снизу, старинный, постройки конца XIX века. Обычный деревянный дом, обшитый тесом. На нем — 2 мемориальные доски. Не совсем стандартно для провинциального города. Иван Михайлович Ануфриев и Николай Михайлович Плотников. Иван Михайлович — основатель музея города Волоколамска и других музеев в этом районе. Николай Михайлович — врач, о нем и пойдет речь.

## Волоколамский земский доктор Николай Михайлович Плотников

А.И. Воробьев

Иван Михайлович был женат на родной сестре Николая Михайловича — Софье Михайловне. Иван Михайлович в 37-м году, будучи главным агрономом района, загремел на 25 лет в лагерь. Правда, там был быстро расконвоирован, работал агрономом, ну а когда все кончилось, в 54—55 гг., вернулся. Кстати, посадили за то, что он пропагандировал посадки кукурузы.

Николай Михайлович врач, акушер-гинеколог по специальности и рентгенолог. Он сын уездного врача местного — Михаила Николаевича Плотникова. И отец тоже врача, Татьяны Николаевны Плотниковой, она окулист. Николай Михайлович, кажется, 1896 г. рождения. Умер он в 70-х. Ему было около 80 лет, он не работал в последние годы.

Познакомились мы с моей женой Инной Павловной Коломойцевой с ним, когда были в Волоколамске на студенческой практике после 4-го курса. Мы были поражены, это трудно передать, когда человек немножко светится: необыкновенная отзывчивость и абсолютная преданность делу. Работа в районе очень трудная, ты не принадлежишь себе ни днем ни ночью, а тяжелые ситуации обычно ночью. Это и тяжелые травмы, это и осложненные роды, запущенные аборт — все ночью. Каждую ночь вызывают, дежурить невозможно в больнице. Это даже не дежурство на дому — это бесконечное дежурство. Идешь в кино, ты должен сказать, когда и куда ты пошел, пошел рыбу ловить, должен сказать под каким кустом ты сидишь — иначе нельзя. И абсолютная безотказность. На поликлиническом приеме ты не мог ограничить количество больных, так же, как никто не мог ограничить количество вызовов на дом. Но их было всегда мало — народ понимал загруженность врача, и если больной был в состоянии хоть как-то передвигаться, то он приходил сам.

Когда мы познакомились, Николай Михайлович заведовал акушерско-гинекологическим отделением и одновременно рентгеновским кабинетом. У него уже тогда начиналась контрактура Дюпюитрена. Контрактура была наследственная, и это осложняло его возможности работы хирургом. А вообще он был блестящий хирург. Работали с ассистентом, второго хирурга обычно не было, его роль обычно выполняла операционная сестра, а на наркозе стояла нянька или сестра — и все. Резекцию желудка он делал за полчаса: это поразительная скорость, абсолютная бескровность и отсутствие осложнений. Гнойных перитонитов после операции — не помню, расхождения швов — не помню. Во время операции он был предельно прост, никаких криков, шума, спокойно, как будто бы он пишет статью. Стоит и работает. Я интересовался, кто его научил так широко по профилю оперировать и так технично оперировать. Оперировал он конечно преимущественно на брюшной полости, на грудной — только если травма. Но травма — и черепная и любая полость, переломы, все.

Вот сцена. На спуске от Покровского в сторону Волоколамска маленький ручеек и попутная машина загрузила в кузов человек двадцать и тормоза видимо не сработали, шофер ушел на обочину в кювет, машина перевернулась и накрыла людей. Волоколамское шоссе было одним из самых безобразных по аварийности. Побили людей: скальпированные раны, множественные переломы. Это обычная

практика у районной больницы, находящейся возле трассы.

Николай Михайлович выучился у будущего профессора Лямберта, кажется, он был ученик Герцена. Он был хорошим хирургом-онкологом, преподавал в Москве, работал в институте и на одной из лекций сострил: «Я перехожу к еврейской болезни, речь пойдет о грыжах».

Считается, что у евреев грыж встречается больше, чем у других. Лямберту это вышло боком: хотя он и был чистокровный еврей, его обвинили в антисемитизме и выслали из Москвы. Он несколько лет работал в Волоколамске. В то время Николай

Михайлович у него и выучился всей этой техничности хирургической.

Николай Михайлович, когда немцы подходили к Волоколамску, решил эвакуироваться. Они взяли хирургический скарб на телегу, жену и на лошади поехали в Москву. Но по основной дороге было ехать нельзя: там шли войска. Они двинулись в обход. Раненые остались в Волоколамске, их не вывезли всех. В каком-то селе телегу остановила толпа — в пыли лежит мальчишка с развороченным животом, кишки лежат прямо на земле. Николай Михайлович взял его, положил на стол, мыл мылом. Это известная тактика, потом ее не стало: вымыл теплой водой, до последней песчинки отмыл брюшную полость мылом. Кишки у мальчишка не были разорваны, просто вывалились. Вымыли, уложили кишки на место, зашили наглухо и уехали дальше. Прошло несколько лет, на призывном пункте Николай Михайлович увидел паренька с рубцом после срединного разреза брюшной полости. Спрашивает у него: «Откуда рубец?» Тот: «Николай Михайлович, вы что, не помните меня?» Конечно, он не помнил — был мальчишка, а тут уже здоровый мужик.

Они двигались на Москву, но немцы их обогнали. Когда немцы прошли мимо них, это было возле деревни Ситниково, они повернули обратно к Волоколамску: поняли что уже пробиться в эвакуацию не удастся. Вернулись, а дом успели разграбить. Отец Елены Сер-

геевны, его жены, в эти несколько дней их отсутствия умер. Потом, по прошествии некоторого времени, кто-то принес награбленное обратно. Вернулись, Николай Михайлович пошел в больницу, там лежали наши



Волоколамск

раненые. И вот тут произошло то, о чем никогда никто не рассказывает. Немецкий военный врач пустил Николая Михайловича оказывать помощь раненым. Он оперировал, перевязывал. Ему этот немец подкидывал материалы, дал сульфидина, а он тогда был почти на вес золота. Его не было, — а это для сепсиса решающий вопрос, да и для любых инфекций тогдашних. Они договорились, и Николай Михайлович на том бараке, где

Продолжение на стр. 2

### Дорогие друзья!

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

Просим Вас, при желании в 2010 г. получить газету, оплатить ее доставку до 1 декабря 2009 г.!

С сентября 2009 г. Вестник МГНОТ «Московский доктор» в бумажном виде будет выходить в сокращенной версии. С полной версией газеты и значительно оперативнее вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

### ИЗВЕЩЕНИЕ

ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа)
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа)
Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)	
Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2009г. (с НДС-18%)	Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2009 года

### КВИТАНЦИЯ

«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа)
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа)
Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)	
Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2009г. (с НДС-18%)	Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2009 года

## ИнтерНьюс

### Несправедливость, грязь и горькая пища вызывают одинаковую реакцию

Канадские психологи доказали, что у отвращения к несправедливости и к горькой пище общее происхождение и единый физиологический механизм. Психолог Хана Чапман и ее коллеги из Университета Торонто утверждают, будто им удалось доказать, что одно и другое так же отвратительно. Иногда говорят, что избивание заведомо слабых, отъем денег у бедных, вид кровавой рвоты на кровати и вкус хинина во рту одинаково отвратительны. Работа канадских ученых опубликована в последнем номере Science. Ученые сравнили реакцию лицевых мускулов на горькие жидкости, омерзительные изображения и оскорбляющие человеческое достоинство финансовые предложения. Реакция вышла совершенно одинаковой. По словам авторов работы, среди всех мимических движений, что они изучили (их список, впрочем, в статье не приводится), нашелся всего один по-настоящему универсальный признак отвращения к горькому. Это движение поднимающих мускулов верхней губы, которые в дополнение к своей номинальной функции еще и сморщивают нос и углубляют складку под ним. Электрический потенциал, возникающий при сокращении этой мышцы, был использован для измерения интенсивности неприятных ощущений. Затем ученые удостоверились, что ровно тот же сигнал возникает и при демонстрации испытуемым (это уже были другие добровольцы) всяких отвратительных изображений — открытых ран, загаженных по края унитаза, мерзких насекомых и прочего. Результатом было то же сокращение мышцы и те же значения электромиографии (измерение электрического потенциала на мышцах). А вот на просто грустных, но не отвратительных изображениях — фото бездомных, дорожных происшествий, безнадежно больных и потерянных людей — реакция была хотя и отрицательной, но без подъема верхней губы. Так что общность отвращения от горького и от нечистот можно считать доказанной, уверены канадские психологи. А дальше пришла очередь самого главного теста — на отвращение к морально неприемлемому. В качестве последнего ученые выбрали несправедливость, смоделировав ее в стандартной психологической игре «Ультиматум». Результат был все таким же: четкая корреляция между потенциалом на levator labii и уровнем отвращения, которые также прекрасно коррелировали с «несправедливостью» предложения. Отсюда Чапман и ее коллеги делают свой главный вывод: морально неприемлемые действия «вызывают то же отвращение, что и переносчики болезней и неприятный вкус». Не совсем так, замечают психологи Пол Розин и его коллеги из Университета американского штата Пенсильвания в сопроводжающей статье Чапман комментарии. Работа канадцев показывает лишь то, что три исследуемых стимула (горький вкус, нечистоты и несправедливость) вызывают одну и ту же ответную реакцию. Может быть, нечистоты и несправедливость обрабатываются мозгом по отдельности и просто запускают одну и ту же реакцию — ту же, что автоматически провоцирует горький вкус. А может, организм приспособил для обработки моральных стимулов ту же систему оценки, что и для стимулов гигиенических. Последний вариант выглядит правдоподобнее с учетом того, что тот же организм приспособил единую систему реакции на все три типа раздражителей — оральные, гигиенические и моральные. Их внешние проявления неотличимы — здесь к Чапман вопросов нет.

Источник: ИА REGNUM

### Неуд всей антицеллюлитной продукции

Известно, что на желании женщин избавиться от целлюлита делается миллионы. Но каково качество средств, имеющихся в продаже? В течение 4 недель 300 женщин испытывали 10 наименований антицеллюлитной продукции: 8 кремов и 2 прибора. Все средства, неважно, дешевые или дорогие, получили оценку «неудовлетворительно» — это результат исследования немецкой организации по сравнению потребительских товаров Stiftung Warentest. В испытаниях участвовала продукция фирм Christian Dior, Frei, L'Oréal, Garnier, Nivea, Dim и Florena — за 4 недели ни один крем не дал видимого эффекта. То же самое относится к массажным приборам с функцией вибрации. Лучше вложите деньги, которые вы готовы потратить на антицеллюлитную продукцию, в занятия спортом, а также в нежирную и здоровую пищу. Так будет проще справиться с целлюлитом.

Источник: Инопресса

Начало на стр. 1 ↗

лежали раненые, вывесил табличку: «Осторожно! Инфекция! Не входить! Тиф!» И туда никто не входил. Никаких покушений на жизнь раненых со стороны немцев не было. С одной стороны эта надпись, с другой стороны конечно прикрытые немецкого врача. А когда кто-то выздоравливал, они его выдавали как мужа из деревни.

При отступлении немцы сожгли барак с военнопленными. Был 4-этажный дом, он и сейчас стоит. Немцы подожгли его, уходя. Война есть война: все было, и это было, и другое было. Я говорю подробно об этом эпизоде с ранеными для того, чтобы люди понимали: одно дело — идеология, другое дело — люди.

Генерал Панфилов ушел из Волоколамска, и в его части была медицинская сестра Анна Михайловна Кокарева, она потом у меня в патанатомии была медсестрой. У нее на руках умирал раненый Панфилов. Он ушел из Волоколамска, и километрах в пятнадцати, кажется, где-то в районе Покровского, его смертельно ранило, и он погиб.

Эти раненые, которые лежали в больнице, были из панфиловской дивизии. Там были и узбеки, и казахи, и русские. Формировалась эта дивизия в Алма-Ате. Уличных боев в Волоколамске не было: он находится в некоей ложбине, легко простреливаемой с окрестных высот.

Единственное, что взорвано — это колокольня под Волоколамском в Иосифо-Волоколамском монастыре, но это наши взорвали. Не надо вешать на немцев больше, чем было — и так хватает. Одно могу сказать — про самих немцев, их зверства, я почти ничего не слышал. Не надо забывать, что был приказ Гитлера, запрещающий немецким солдатам участвовать в экзекуциях, в расстрелах: для этого хватало местных жителей. Его недооценивают, он боялся, чтоб немцы не стали садистами, он беспокоился о своей нации. В Волоколамске погибли, по-моему, 7 или 8 комсомольцев. Это странное явление: на октябрьскую годовщину молодые люди пошли по городу со знаменем на демонстрацию. Их тут же схватили и расстреляли, а потом повесили тела на той же улице, где дом Плотникова. И когда я приехал работать в 53-м г., эта перекалина между двух столбов, по-моему даже между двух стволов деревьев с обрывками петель еще висела. Ее в качестве странной реликвии оставляли. Но расстреляли их не за партизанские действия. Это был расстрел демонстрации.

Партизаны там были, руководил ими Муларшиков, он был секретарь райкома, потом он был, уже после войны, в 50-е годы, секретарем московского комитета, а потом даже секретарем ЦК российской партии. Он руководил партизанскими отрядами, я его знал — симпатичный мужик. При мне секретарем райкома был Коротков Михаил Петрович, милейший человек, очень помогал, интеллигентный, собранный. Но каких бы то ни было подвигов партизан история не сохранила. Леса были, они там и жили в этих лесах, но не выступали. Негде там было выступать: железная дорога хорошо охранялась, и на ней никаких взрывов поездов не было.

Когда мы приехали работать, первым приехал я, в это время Инна родила старшего сына Ваню и осталась в Москве. Я приехал, работа есть, участковый врач по трехзвеневой системе, тут же меня намылили ехать совершенствоваться по патанатомии. Стал патологоанатомом после двух месяцев стажировки. Ну, уж какой я там был патанатом, Бог ведает. Терпевтом я был неплохим, потому что нас очень здорово готовили, и я отлично помню, что в лужу садились исключительно редко и по трудным случаям. Завалиться на пороке сердца, на пневмонии, на аппендицитах, грыжах — это было исключено.

Однажды я промазал — была девчушка с тяжелой ангиной, температура 40, я ей дал норсульфазол, а у нее температура не падает, я ничего не понимаю. Обратился к главному врачу, она же заведовала терапевтическим отделением — Раиса Михайловна Троицкой. Она на девчушку только взглянула, задрала рубашку и показала — розеола на животе — брюшной тиф. Откуда я должен был знать, что брюшник может сопровождаться ангиной? Мы инфекции проходили, брюшник я видел, но наверно, один случай, а Раиса Михайловна нагляделась на эту «прелесть». Брюшник еще имеет характерную черту: это своеобразная бледность лица, очень тяжелый статус, интоксикация, которую никакая ангина дать не может. Плеск журчания в илеоцекальной области, если ты подозреваешь, конечно, найдешь.

Жить нам было негде. Иван Михайлович предложил жить у них в доме, и я поселился у них месяцев на 7–8. Потом мне все-таки дали 2 комнаты, Инна с Ванькой приехала и пошла работать. Думаю, что дали в основном из-за Инны: невропатолога в районе не было, а Инку взяли и невропатологом и психиатром сразу. Совмещения были нормальным явлением, я совмещал свою работу с заведованием поликлиникой, мне передали и детскую комнату родильного дома.

Там я впервые от Ивана Михайловича узнал, что такое резус-конфликт. Я занялся этим, переливал кровь детишкам, они у меня не умирали. Занялся недоношенными детьми, все время чувствовал над головой его опеку, его такие скромные, аккуратные, вовремя, в нужный момент советы. Он был врачом широченного плана, это, в сущности, земская медицина, но уже XX века, хорошая медицина. Идем с ним утром на работу, каждый встречный поздравляется с Николаем Михайловичем. Это фигура в районе известнейшая. Так построена жизнь.

История начала 30-х годов. Где-то в поле, недалеко от Волоколамска сел французский самолет. Француз летел на маленьком частном самолете к своей невесте в город Москву. Он где-то когда-то познакомился, какая-то романтическая история. Он решил, что к ней слетает, но не дотянул,

топлива не хватило. Вышел летчик, его никто не понял, привезли его к учительнице французского языка. Он не мог понять, на каком языке она говорит... Тогда привезли Софью Михайловну Плотникову. Когда пришла Софья Михайловна, он услышал хороший парижский говор, все понял, она ему все объяснила, где он, что он... Ясно, что к этому подключились спецслужбы, его посадили в машину, ее посадили вместе с ним, она была переводчицей, и повезли в Москву. Потом он уехал во Францию свободно, это было начало 30-х годов, еще либеральные времена. Он написал воспоминания и очень тепло говорил о Софье Михайловне, которая спасла его от полной немоты.

Я уже работал в Волоколамске, ко мне привезли женщину, у которой нога попала в камнедробилку. Картина жуткая, множество переломов ноги — голени, бедра. Но оказалось, что бедренная артерия цела. Все забито мелкими камушками, песком. Тогда там работал Владимир Иванович Варсобиин, фронтовой блестящий хирург. Я прихожу, ее Варсобиин оперирует, ногу ее собирает. Я спрашиваю: «Что Владимир Иванович, будете ампутировать?». А он: «Стой и смотри. Учись. Тащи воду». Принесли таз с теплой водой и обычное хозяйственное мыло. Он разводил это мыло и водой с мылом поливал ногу, вылушавая оттуда камни и песок. Длилось это долго, но это картина запоминающаяся, потому что живого места не было в этой ноге. Все вымыл, вычистил, наверно, часа 2 мыл. Сложил все в лунки костей и гипс, никакого вытяжения, потому что мышцы порваны, они не сокращались толком. Положил гипс и оставил квадратика для наблюдения, сказав, что когда черви появятся, значит все в порядке. Это теперь уже известно, что там сеются опарыши, которые съедают гной, бактерии и создают вокруг себя обстановку некоей стерильности. В общем, месяца через 2 женщина, хоть и на костылях, но на своих ногах, ушла, ногу не ампутировали.

Во время и после войны аборты были запрещены. По случаю криминального (с моей точки зрения) аборта, я должен был писать докладную прокурору. Примерно с частотой раз в месяц, раз в 2 месяца, ко мне приходил прокурор и говорил: «Ну что же у вас, Андрей Иванович, криминальных абортов совсем нет?». Я говорю: «Ну что ты от меня хочешь? Аборты были, ты же видишь, что их выскабливают в больнице». Он: «Ну, а что ж ты не пишешь?». Я: «Так она говорит, что с телеги упала. А у меня нет оснований не верить». Смерти бывали, потому что ковыряли непрофессионалы, бабы делали аборты у разных старух. Одна из форм прерывания беременности была особенно злобная: брали росток фикуса — он похож на шило — и вставляли в матку на 8-м месяце беременности. Бабы рожали живого ребенка, он даже кричал, но был настолько недоношен, что они все умирали, пока я не пришел в комнату новорожденных: я их стал выхаживать. Бабы проклинали на первых порах. А потом ей отнесут ребеночка, он пососет грудь, и на этом все кончается — уже ребенок свой! Мы выхаживали совсем маленьких, рекорды у меня, по-моему, были — 1100 г. Этих кормили через нос, держали в грелках. Учились мы вместе с сестрами, никто нам этого не преподавал в институте.

Рожали по книжкам. Я помню, что родился ребенок с меленой новорожденного, тяжелейший геморрагический синдром, у него кровь вытекала из заднего прохода. Я переливал ему кровь. Пишут, что можно переливать в родничок, я на это не решался, никогда этого не видел, в голову пырять иглу боязно, а в вену попасть глубоко недоношенному новорожденному я не мог. И я переливал кровь в кость или в бугристую большеберцовую кость, это ниже подколенного, или в пяточную кость — она достаточно большая. Обычная толстая игла, но со скошенным мандреном. Кровь идет под жутким напором, нагнетали просто шприцом, у меня немелкие пальцы. Надо 2 шприца. Переливаем, надо мной стоит Серафима, сестра, плачет — Андрей Иванович «мучает» ребенка. Но помогает, конечно. Одну историю я хорошо запомнил: после моего вливания у ребенка развился остеомиелит пяточной кости. Выкрошилась пяточная кость, но он остался на этом свете, это у него была мелена новорожденного, кажется было что-то с печенью неладно. Проходит полгода, приезжает мамаша этого ребенка и говорит: «Я была в МОНИКИ и мне там сказали, какую же голову надо иметь, чтобы кровь переливать в пяточную кость? Какой идиот это делал?» Я на всю жизнь запомнил это «поздравление».

Но мы никак ниоткуда не могли узнать этого. Была конференция по резус-конфликту в Институте акушерства и гинекологии на Пироговке, позвали туда областных врачей. Я поехал, слушал выступление какого-то пижона, который хорошо читал работы. Но я-то сразу вижу, что он больных лично не вел, он говорил то, что я в книжках читал. Это ведь трудное дело. Во-первых, нужно перелить кровь. Во-вторых, не нужно давать матери кормить, они заболели пневмониями, их надо было выхаживать, они не едят нормально, слабые дети. Там куча мелких тщательностей, по которым ты всегда можешь определить: человек сам работал или слышал. Я его слушал, слушал. Он, видимо, порол ахинею какую-то, рекомендовал обменное переливание, а откуда у меня там большие объемы — я просто вливал, этого хватало. Там же главное — билирубин, видимо, этого разбавления хватало. Я вышел и рассказал о своем опыте, зал мне захлопал, по-видимому, почуяли своего. Про внутрикостное переливание я конечно в книжках прочитал. Поэтому, когда в МОНИКАх что-то брякнули, я запомнил на всю жизнь, как надо быть осторожным на язык о своих коллегах, это ужасная вещь, когда говорят о собратях по труду, по профессии гадости, языки надо эти отрезать. «Какой дурак вам предложил эту операцию?» или еще что-нибудь в этом роде. Это запрещенный прием.

Продолжение на стр. 3 ↘

Начало на стр. 1, 2 ↻

При нас появились антибиотики, мало, конечно, но они были, сульфаниламиды основными были препаратами, стрептомицин надо было сберечь на туберкулезный менингит. Как-то туберкулезный менингит оказался в моих руках, это дети, а детский врач плохо попадала в спинномозговой канал. Она меня встретила в коридоре в слезах: «Андрей Иванович, помогите, Вы же мужчина, ну не могу я попасть». У меня хорошо получалось: пошел, ввел. И после этого все менингиты стали мои — и гнойные, и туберкулезные.

Надо сказать, что это очень интересная картина — детишки с туберкулезным менингитом. Стоят в коридоре в очереди, ждут пункции. Никаких стонов, никакого плача, ничего. Вот что значит смертельная болезнь в его сознании. Одну я девушку потерял от туберкулезного менингита, а ее и вскрывал. Когда вскрывал, понял, в чем было дело, оказалось что у нее в основании черепа большая казеома — опухоль туберкулезного распада, она все время и подсыпала. Конечно, тогда не было нейрохирургических больниц, мы тогда и близко к этому не стояли. А на кавернозный туберкулез уже стрептомицина не хватало. То есть кроме пневмоторакса у меня ничего не было, потом уже появился ПАСК, потом тубозид.

Все время и пневмоторакс и пневмоперитонеум, экстраплевральный пневмоторакс накладывали. Пневмоперитонеум я запомнил: там абсолютно невозможен контроль — ты в полости или нет. В кишке давление такое же, как в брюшной полости, при вдохе оно повышается, а в плевральной полости падает. По колебаниям ты знаешь: в плевре или нет. А в животе? Ни черта понять нельзя. Вдохнул, пузо раздуло, давление прибавилось, выдохнул — оно убавилось. Я помню, что я одному больному проколол, все иголкой посмотрел, мандрен вынул — чисто, пошел качать воздух. И накачал. Он ко мне в следующий раз приходит: «Андрей Иванович, все хорошо только в автобусе люди от меня шарахались». Я ему в поперечно-ободочную кишку загнал воздух.

Тогда же я увидел, что туберкулез — наследственная болезнь. В том смысле, что заражены все, но характер процесса очень часто одинаков у родственников. Вот запомнил фамилию — Бутрешкин. У меня был старый больной Бутрешкин с кальцинированной плеврой — редкое осложнение при туберкулезе. Проходит какое-то время, приходит молодой больной Бутрешкин, у него кальцинаты на плевре, только начинающиеся. Я его спрашиваю: «А этот Бутрешкин тебе родня?». «Нет, однофамилец». Но не может быть в районе однофамильцев. Тем более такая редкая фамилия. Через некоторое время он пришел и сказал, что тот был двоюродным дядей. И туберкулез у них был одинаковый.

У меня в детстве тоже был петрификат, плеврит, облитерация плевры. Заболели одинаково: первый — Ися, мой дядя, в ссылке закашлялся, увидел кровавую окраску на окне, кровь. Умер Ися от внезапного профузного легочного кровотечения. Его племянник Юрка тоже в лагере закашлялся и — на стекле кровь. Умер от профузного легочного кровотечения. Ирина, моя родная сестра училась в ординатуре по психиатрии и закашлялась кровью. Смотрит — кровь на снегу.

Вот тогда я познакомился с Минздравом — пошел просить стрептомицин. Мальчишка пришел — и меня выслушал начальник отдела, выписку прочитал, все расспросил. «Вы просите 25 грамм, я Вам могу дать только 18, больше нет. Поможет, придете снова, если будет нужно». И сразу мне дал. Я пошел в клинику. Восемнадцать грамм хватило, чтобы туберкулезный инфильтрат с распадом закрылся. Ирина выздоровела. Как работал тогда Минздрав, Боже, какие были ЛЮДИ. Я не могу воспринимать то, что сейчас происходит, это что-то античеловеческое. В каких условиях в ранние послевоенные годы работали: 47-й год, голод, а я обращаюсь по делу, и мне помогают. Многие сотрудники Минздрава ходят в погонах с широкой полосой, что означало — «отставка»: они только вернулись из армии. А министром был Ефим Иванович Смирнов, замечательный человек. Во время войны он — начальник Главного врачебно-санитарного управления Советской армии.

Бывали, конечно, конфликты. Один раз больная принесла кусок сала, пыталась мне его всучить, а я послал, она обиделась. Вообще не принято это было. И вообще не нужно на прием приносить что-нибудь, тем более деньги. Я вообще не помню, чтоб деньги кто-то ташил. Как-то ко мне пришел мой старый пациент и принес маленький мешочек лесных орехов. Спасибо, хватило такта не обижать его.

Иногда приходили к врачу и с лопатой, с ножом. Это был 101-й километр, по амнистии возвращались все: наркоманы, убийцы и т. п. Это обычные ситуации. Очень важно при этом не кричать, а попытаться спокойно поговорить с человеком. Такой случай был у Инны, она была тогда одна, медсестра вышла. Она уговаривала больного с ножом, между ней и дверью был больной, и она уговаривала его, что бы он не бросился, потому что выйти она не могла. И — уговорила.

Морг у нас был в маленькой церквушке, в часовенке. Их было 4, в 3 жили, а в одной помещался мой морг. Перекрытия были деревянные, кто-то от большого ума деревянные перекрытия залил цементным раствором. Конечно, все это гнило. В один прекрасный момент привезли труп, положили его на стол. Арина — моя препараторша-лаборантка, которая помогала во всем, провалилась в подвал этого помещения, вместе с трупом. Выволокли ее, ничего особенного не произошло. Арина на этой работе нажила себе хороший капитал, купила себе дом. Дело в том, что когда я занялся патанатомией, стал много читать. В частности — Скворцова Михаила Александровича, который был изумительным патологоанатомом, той же школы, что и Абрикосов, и Крюков: никитинская школа по приготовлению препаратов, а заодно — по бальзамированию трупов. Какой нужен раствор заливать в вены трупа, чтоб он не портился? Это пропорция формалина, глицерина. Очень важный элемент — глицерин, потому что он сохраняет окраску. И Арина, по видимому, брала за это бальзамирование с граждан, которые ее благодарили за сохранение трупа. Вскрытия-то были обязательные, тогда не торговались — умер в больнице, значит вскрытие, и никаких разговоров.

У Николая Михайловича от отца остался токарный станок. Он ведь был прекрасный токарь по дереву, делал стетоскопы, подсвечники, всякого рода изделия. Очень хорошо работал, очень красивые были эти изделия. Садам занимался, прививал яблони. Конечно и Вера Сергеевна, его жена. А потом Аня. Когда Иван Михайлович и Софья Михайловна вернулись с Урала, они привезли с собой свою домработницу Анну Георгиевну, немку. Во время войны она жила где-то под Черниговом — их выслали, и она прибилась к этой семье и стала фактически членом семьи. Сегодня она живет в этом же доме с Таней, дочерью Николая Михайловича, мы ежегодно встречаемся. Таня отписала ей дом.

Участковый врач по-прежнему должен очень много знать. Он должен уходить на участок после солидной клинической подготовки — так лучше. Хотя мы начинали прямо на участке. Но есть маленькая разница — мы приходили из интернатуры, а это год работы в госпитальной терапии на Пироговке — это лучшая клиника страны с широченным профилем. Никто не мешает сегодня делать интернатуру по терапии, по оториноларингологии, по неврологии. Инка кончила интернатуру по неврологии, она же работала районным психиатром, но, наверно, плохим. Это ничего страшного, если у тебя есть старший врач твоей больницы районной, и есть в области кто-то, то ничего не будет упущено. Надо просто к этому относиться с уважением и прекратить изобретение реформ здравоохранения. Врач, который приезжает из института, должен быть в своей области специалистом, вот и все.

Парамедики? Взять армию — в армии есть санинструктор, которого натаскивали на типовые ситуации. И здесь, в отдаленных селах будет фельдшерский пункт или санитарный пункт. Можно и ветврача научить. Я не сомневаюсь, что можно, и он разберется. Перед ним одна задача — не мешать самолечению, снабдить санитарной литературой, это очень важно, давление померить, сахар померить. Если неладно, то переправить в больницу. Парамедик на скорой — это очень важная структура. По телефону очень многое можно понять. Где-то ничего нельзя понять, но инфаркт миокарда более менее понятен, ТЭЛА по телефону — более или менее понятна, переломы, сотрясения, воспаления легких. Институт парамедиков очень важен, и его надо у нас создавать. Он есть за рубежом, и его надо делать нам. Конечно, многое будет видоизменено по местным условиям в зависимости от расстояния, от обеспеченности аптечной сети. Многих фармацевтов можно спокойно брать совместителями на парамедицинскую работу — образование есть, знание лекарств есть. При современном уровне телефонной связи, Интернета, все меняется. И, конечно, очень важно возрождать для дальних районов санитарную авиацию. Роды не надо принимать на месте ни в коем случае, рожать надо в роддоме. Дешевле ее привезти родимую, чем выпутываться из осложнений. Следом — инфаркты и инсульты. Конечно — забирать, и все — стентировать, лизировать тромбы.

## ИнтерНьюс

### Мальчиков много не бывает

Исследование, проведенное китайскими учеными совместно с их коллегами из Англии, показало, что меры по контролю рождаемости, принятые ранее правительством КНР, привели к угрожающему преобладанию мужчин среди молодежи. По полученным данным, в возрастной группе до 20 лет количество молодых людей на 32 миллиона превышает количество девушек. Ученые проанализировали данные популяционного исследования почти 5 миллионов человек в возрасте до 20 лет, проведенного во всех административных единицах Китая в ноябре 2005 г. В среднем по стране максимальное преобладание мальчиков (125 на 100 девочек) наблюдалось среди детей, которым на момент исследования было от года до четырех лет. В провинциях Цзянси и Хэнань среди той же возрастной группы на 100 девочек рождалось 140 мальчиков. Среди детей, родившихся в своих семьях вторыми, на 100 девочек приходилось 146 мальчиков. Наибольшее превышение наблюдалось в провинции Цзянсу, где рождалось 192 мальчика на 100 девочек. Только в двух автономных районах (Тибетском и Синьцзян-Уйгурском) столь выраженного перевеса не наблюдалось. По мнению исследователей, преобладание рождаемости мальчиков связано с политикой контроля рождаемости, проводимой властями КНР. В Китае существует штраф за рождение второго ребенка. А в некоторых провинциях если первой родилась девочка, то родителям запрещается заводить детей.

Источник: medportal.ru

### Опухолевые клетки любят железо

Стремительный рост и частые деления злокачественных клеток требуют значительно большего расхода энергии, нежели метаболизм нормальных клеток человеческого организма. Опухолевая клетка потребляет огромное количество микроэлементов, в частности, железа. При этом активное потребление клеткой железа вызывает опасный для нее синтез свободных кислородных радикалов. Для избегания губительного воздействия железа, в клетке существует система связывающих его белков. Таким образом, хранится внутриклеточное железо, когда оно не участвует в биохимических реакциях, только в связанной форме. Профессор Карстен Гюлоу из дерматологического отдела Госпиталя Университета в Манхайме и профессор Петер Краммер, возглавляющий подразделение иммуногенетики в Немецком центре исследований рака, исследовали синдром Сезари — одну из самых агрессивных форм кожной Т-клеточной лимфомы. Подавляющее большинство примененных сегодня стратегий лечения этого заболевания неэффективно. Гюлоу удалось с помощью молекулярно-биологических методов заблокировать продукцию одного из связывающих железо белков в клетках лимфомы. Это привело к резкому повышению концентрации свободного, несвязанного железа, которое, в свою очередь, приводит к усилению продукции свободных кислородных радикалов. Результатом этого является так называемый окислительный (окислительный) стресс, вызывающий гибель клеток опухоли. Здоровые же клетки, в которых концентрация железа невелика, выживают и при ингибировании связывающего железо белка. Исследователи из DKFZ уже обнаружили доказательства, что этот механизм работает и в случае других лимфом. В настоящее время они совместно с клиницистами разрабатывают стратегию терапии лимфом, основанную на открытом ими методе.


Источник: Helmholtz Association of German Research Centres

### Рак-прилипала

Ученые США сделали потрясающее открытие. Оказывается, в возникновении и росте опухолей молочной железы виновен единственный ген. Он также сводит на нет все усилия химиотерапии.

Группа ученых обнаружила, что у женщин с агрессивной формой рака груди присутствует измененный ген MTDH, помогающий опухолевым клеткам прилипать к кровеносным сосудам различных органов. Ученые считают, что этот же ген может играть роковую роль и при других видах рака. Прием лекарств, блокирующих работу этого гена, должен остановить рост опухолей и избавить от метастаз. К сожалению, пока таких лекарств не существует.

Источник: beta.novoteka.ru




**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.

## ИнтерНьюс

### Смертельная красота

За последний год американские врачи осматривают все больше пациенток, которые приходят с осложнениями после силиконовых инъекций. В марте 2009 г. жительница Америки для омоложения решила пройти процедуру силиконовых инъекций, которые ей сделал приехавший на дом косметолог. На следующий день после процедуры 43-летняя женщина скончалась от силиконовой эмболии. Представители министерства здравоохранения США считают, что этот случай может быть не единичным, так как косметологи боятся заявлять властям о проблемах со здоровьем своих пациентов из-за запрета на проведение подобных операций, а сам силикон нельзя обнаружить при помощи рентгена или компьютерной томографии — в таком случае помогает только биопсия. Несмотря на опасность процедуры, спрос на силиконовые инъекции никогда не падал: они гораздо дешевле уколов ботокса или коллагена. Силикон может использоваться в косметологии и пластической хирургии только в редких случаях, например, в имплантатах, откуда он не может вытечь. Всякое введение жидкого силикона опасно для жизни. При попадании в вену силикон поступает в кровь, что неминуемо приводит к смерти. Помимо этого, подкожное введение силикона может вызвать аллергическую реакцию, нарушения иммунной системы и обезобразить тело и лицо пациента. После информации о летальном исходе от силиконовых инъекций Управление по контролю за продуктами и лекарствами США начало расследование этого дела. Инспекторы изучили «черный рынок» силиконовой косметологии и выяснили, что чаще всего к подобным «дешевым» услугам прибегают латиноамериканки и трансвеститы, которые не могут позволить себе более дорогостоящие и безопасные процедуры у профессионалов. Обычно подобные уколы делаются на дому, в номерах отелей или на «силиконовых вечеринках», участники которых вкалывают друг другу опасное средство. Врачи надеются, что можно избежать печальных последствий, проводя информационные кампании среди населения, например, рассказывая о том, что силикон для инъекций покупается на компьютерных рынках, но иногда мошенники заменяют его более дешевыми средствами — касторовым и минеральным маслами, вазелином и даже трансмиссионной жидкостью для автомобилей.

Источник: medportal.ru

### Ранняя стадия болезни Альцгеймера — повод отказаться от водительских прав

Ученые разрабатывают тесты, которые должны показать, когда людям с ранними стадиями болезни Альцгеймера стоит отказаться от вождения автомобиля. Проблема не только в том, что принять это решение нелегко, — ведь вовремя признать собственную зависимость от других людей может далеко не каждый. Трудность связана еще и с тем, что на ранних стадиях болезнь Альцгеймера весьма непросто диагностируется. Сотрудники Университета Айовы (США) под руководством профессора Дж. Доусона придумали сложный экзамен: более 50 км по сельскому району и городским улицам с оживленным трафиком на тренажере, изготовленном на основе автомобиля Ford Taurus. Тренажер записывает все действия пациента, подобно «черному ящику» аэробуса. В ходе эксперимента за руль сели 40 человек с ранней стадией болезни Альцгеймера, которые пока не отказались от водительской лицензии, и 115 пожилых людей, не страдающих слабоумием. Результаты, о которых сообщает журнал *Neurology*, оказались следующими: водители с болезнью Альцгеймера совершили в среднем 42 ошибки, остальные — 33 оплошности. Самый распространенным неверным действием стало пересечение центральной осевой линии с выездом на встречную полосу; у пациентов с болезнью Альцгеймера оно встречалось на 50% чаще. Что касается просто пожилых водителей, то с увеличением возраста испытуемых на пять лет среднее количество ошибок повышалось на 2,5. В то же время ученые подчеркивают, что некоторые пациенты справлялись с заданием на том же уровне, что и здоровые водители. Предсказать поведение испытуемых на дороге помогли стандартные нейропсихологические тесты на многозадачность. К примеру, участники эксперимента должны были воспроизвести геометрическую фигуру по памяти или найти закономерность в последовательности цифр и букв. Тот, кто справился с тестами лучше остальных, лучше показал себя и за рулем, безотносительно того, болен он или здоров. Планируется разработать простые тесты, которые позволят участковым терапевтам определить момент, когда пациенту стоит отказаться от водительских прав. По данным Национального института старения США, в стране насчитывается 2 млн. человек с ранней стадией болезни Альцгеймера. Ежегодно из-за ухудшения здоровья прекращают садиться за руль 600 тыс. американцев. Количество пожилых американцев за рулем к 2030 году удвоится и превысит 70 млн. человек.

Источник: Ассошиэйтед Пресс

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

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

**Повестка дня: Инфекция у скомпрометированного больного**  
**1. Д.м.н. А.В. Девяткин (ФГУ ЦКБ УДП РФ)**

В медицине чаще всего используется термин иммунологически «скомпрометированный» больной для описания пациентов со сниженной или нарушенной иммунной реакцией вследствие иммуносупрессии. Эти пациенты являются наиболее уязвимыми к различным условно-патогенным инфекциям. У «скомпрометированных» больных можно выделить следующие особенности течения инфекционных болезней: более тяжелое течение болезни, частое отсутствие типичных клинических симптомов при выраженных морфологических изменениях; инфекционные заболевания труднее диагностируются, маскируются фоном нескольких соматических заболеваний и их возможными осложнениями; длительность инфекционных болезней увеличивается; более высокая частота затяжных и хронических форм и более высокая летальность.

В докладе представлены основные функциональные и морфологические изменения в стареющем организме и подробно изложены особенности течения некоторых групп инфекционных заболеваний (тифо-паратифозные заболевания, пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, дизентерия, острый вирусный гепатит, рожа, герпесвирусы и вызываемые ими заболевания, ВИЧ-инфекция) у «скомпрометированных» больных, в частности у больных пожилого и старческого возраста. Представленный материал широко проиллюстрирован клиническими примерами из практики.

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

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

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

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

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

Вторая часть доклада была посвящена исследованиям гриппа и другим острым респираторным вирусным инфекциям, которыми более 20 лет занимается ФГУ ЦКБ УДП РФ

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

под руководством Богомолова Б.П. Особое внимание слушателей было обращено на особенности течения гриппа и ОРВИ у «скомпрометированных» больных: более длительное и более тяжелое течение болезни с частыми осложнениями и большей летальностью; у больных сопутствующими заболеваниями (ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью) ведущими симптомами становятся не проявления общей интоксикации, а нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы; остаточные респираторные симптомы сохраняются более 10 дней болезни; при лечении необходимо учитывать различные сопутствующие заболевания, от которых напрямую зависит исход болезни. Следует отметить, что респираторными заболеваниями каждый здоровый человек должен болеть ежегодно, каждый школьник не менее двух раз в год, а каждый дошкольник не менее 6 раз в год. Это своеобразная тренировка иммунитета и спасение при появлении новых вирусов.

Далее были представлены собственные результаты анализа более 1000 больных гриппом и ОРВИ, которые показали, что частота сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет) с возрастом увеличивается. Бактериальные осложнения гриппа и ОРВИ, такие как пневмония, бронхит у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью наблюдаются в 2 раза чаще, чем у больных без сопутствующей патологии, у 2/3 больных в возрасте старше 60 лет. Особенно было подчеркнуто, что патогенетическую сущность нарушений микроциркуляции, гемостаза и гемореологии при гриппе и других ОРВИ составляют: повреждение вирусами и их токсинами эндотелия микрососудов; высокая внутрисосудистая агрегация эритроцитов и тромбоцитов; активация плазменных факторов свертывания крови; повышение вязкости крови в зоне микроциркуляции; замедление кровотока преимущественно в капиллярах и венах. Повышение артериального давления в

период болезни наблюдалось у 31% больных с сопутствующими заболеваниями, а артериальная гипотония, которая свойственна ОРВИ и гриппу, только у 9% больных. У больных с сопутствующим сахарным диабетом течение гриппа осложнялось пневмонией в 32,7% случаев, декомпенсация сахарного диабета развивалась у 40,4%. В заключение на основе полученных результатов анализа докладчик представил рекомендации по профилактике обострения сопутствующих заболеваний, в первую очередь ишемической болезни сердца, суть которых заключалась в назначении ацетилсалициловой кислоты в небольших дозах по 0,125 г. 3 раза в день с 5–6-го дня болезни в течение 7–10 дней, или кардиомагнила дозе 75 мг в сутки, или тромбАССа в дозе 100 мг в сутки в течение 10 дней. Было подчеркнуто, что выбор препарата должен быть сугубо индивидуальным с учетом исходного состояния пациента перед заболеванием острой респираторной инфекцией и текущих микроциркуляторных нарушений.

### Вопрос к докладчику:

**Вопрос:** Как Вы относитесь к вакцинации против гриппа?

**Ответ:** По рекомендации ВОЗ группа риска в отношении развития тяжелого гриппа — это люди пожилого и старческого возраста, и именно их необходимо вакцинировать в первую очередь. Конечно, у этих больных есть проблемы с выработкой полноценных антител, но сегодня мы не можем утверждать, что вакцинировать их не надо, поскольку если они не получат даже эту минимальную дозу, то не известно, как они ответят на настоящий возбудитель. Поэтому я согласен с тем, что их надо вакцинировать против гриппа.

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

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

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

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

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

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

После снятия цензуры в нашей стране, что само по себе было благим делом, проявилось одно из побочных последствий, принявшее размеры стихийного бедствия с человеческими жертвами — это безудержная, наглая реклама всякого рода «целительных средств» — препаратов, приборов, обладающих могущественной силой излечивать болезни, с которыми не в силах справиться современная медицина, или сулящих мгновенное излечение там, где обычная медицина требует длительного, трудного лечения. Не обладающий медицинским образованием человек, а таких ведь большинство — беззащитен перед этим натиском. Большой, подавленный грозным диагнозом — рак, лейкомия и т. п. — готов броситься к любому, кто посулит ему спасение.

Опубликовано во 2-м номере бюллетеня  
«В защиту науки»

## Общество должно быть ограждено от злоупотребления доверием людей

Академик РАН И. Гительзон, (Красноярск)  
Комиссия по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме РАН

Тысячи шарлатанов, корыстолюбцев или полубразованных людей, зачастую с неадекватной психикой, уверовавших в собственные бредовые идеи и целительные способности (и это еще не худший, тут не корысть — главный двигатель), обирают больных и что еще опаснее — отвращают их от лечения, которое может предложить им реальная медицина. Когда увидевший бесплодность магических средств обманутый больной обращается к врачу, время бывает упущено — злокачественная опухоль, например, становится неоперабельной.

Надо трезво понимать, что за каждым таким целителем длинный ряд могильных крестов, и это гораздо страшнее, чем опустошенный карман легковверного пациента.

Весьма типична для нашего времени спекуляция на уважении к науке — рекламируются всякого рода браслеты, капсулы, пирамиды и тому подобные знахарские амулеты, но со ссылкой на какое-нибудь научное открытие.

Особенно популярны в последние годы всякого рода целительные приборы с излучением, да еще лазерным или радиочастотным. Против их рекламы кто может устоять? Тут и ссылки на научные основы и обещание излечивать 300 (!) разных болезней и освобождение от необходимости обращаться к врачу, а противопоказаний, ограничивающих обычно применение эффективных средств лечения — никаких.

По моим наблюдениям, ряд характерных признаков объединяет такого рода лжемедицину.

Авторы ссылаются на сенсационное открытие как основу своего прибора или метода. Однако открытие это никем из серьезных профессиональных ученых не подтверждено. Очень характерно, что открыватель или журналист, рекламирующий «гениальное открытие» в силу подкупа или слабости образования, обвиняет традиционную науку в косности, «зажиме» нового. Это очень удобный довод, тем более что история науки, в особенности науки в Советском Союзе, знает множество примеров, когда научный результат отвергался в угоду идеологии. Одна лысенковщина чего стоит. Однако надо напомнить, что мошеннические обещания давали именно лысенковцы, а не те достойные представители нормальной науки, которые осмеливались им возражать. Поэтому современная лженаука зря пытается рядиться в одежды новаторов, гонимых консерваторами от науки.

За долгий путь наука выработала способы отличать добротные новые результаты от фальсификаций и добросовестных заблуждений. Главным условием достоверности открытия служит его подтверждение в независимой лаборатории. Современная наука движется плотным фронтом, а современные средства информации быстро делают общеизвестным любое научное открытие. Если оно значимо, то быстро подтверждается другими учеными, подхватывается и развивается, становится достоянием научного сообщества. Если открытие может найти практическое применение, особенно в медицине, то можно быть уверенным, что это будет сделано очень быстро, если не у нас в стране, то за рубежом, потому что вокруг фундаментальной науки сложилось плотное кольцо фирм, следящих за ее успехами и готовых быстро реализовать их практически. Это очень доходное и потому высоко конкурентное поле. Но никто не спешит вкладывать средства в «гениальные» открытия, никем не подтверждаемые.

Характерно, что авторы таких открытий обычно попадают в ловушку, которую сами себе ставят. Они любят рекламировать свое открытие как уникальное, (уникум — значит единственный, таково значение этого латинского слова) т. е. никому другому не известное и неповторимое. А это верный признак того, что и само открытие — пустышка, дутая реклама. Например, модно спекулировать на авторитете и достижениях физических наук, на всякого рода излучениях, особенно с

прилагательными квантовое, высокочастотное и «полярное» — нейтронном, нейтринном или еще «лептонном». В отличие от предыдущих — последнего просто не существует в природе, но ловкие «ученые» вытянули из государственного кармана, спекулируя на призрачном оборонном значении и секретности, многие миллионы, если не миллиарды. Это на совести чиновников, зачастую в весьма больших чинах, но либо бессовестно корыстных, либо дремуче невежественных (уж лучше второе!).

В этой связи интересно вспомнить один хорошо известный случай из истории науки. Сразу после открытия рентгеновских лучей, произведших глубокое впечатление в обществе, последовал ряд «открытий» еще новых видов лучей, которые обнаруживали только авторы, и весь этот шум скоро стих. Известна почти анекдотическая история, как было закрыто одно из таких открытий. Это сделал известный физик Роберт Вуд. Во время демонстрации ему чудотворного действия новых лучей, которые нужно было наблюдать в темноте, Вуд, воспользовавшись темнотой, убрал из прибора призму, без которой эти лучи не могли появиться. Не заметив этого, автор открытия продолжал уверенно рассказывать об эффекте действия своих лучей.

Это история анекдотическая, разоблачить фальшивку не всегда бывает так просто. Но есть один абсолютно достоверный признак. Если никто, кроме автора, не может повторить его результат, значит, его не существует.

Добротный ученый, претендующий на открытие, точно описывает условия своего опыта, так как он заинтересован в подтверждении результата другими и в признании его приоритета. Напротив, недобросовестный человек темнит, окутывает секретностью свой метод, говорит о его уникальности, а если речь идет о лечебном средстве, то спешит рекламировать его, оберегая свою монопольность.

Лечебное применение всякого рода полей и излучений шумно и навязчиво рекламируется в печати, на радио и телевидении со ссылкой на фундаментальные научные открытия. Так, например, было «открыто», что в организме, помимо общеизвестных нервной и химической регуляции, существует еще регуляция лучевыми сигналами — одни открыли световые сигналы из клеток тела, другие — радиочастотные. «Открытия» уже не один год, но никто, кроме самих авторов или немногих зависимых от них лиц, не подтвердил этих открытий. А это — приговор, и он означает, что этих сигналов не существует в природе.

В самом деле, если бы подобное явление было открыто, то по своему значению оно было бы равно, например, расшифровке механизма наследственности, вызвало бы поток в тысячи работ, преобразовало бы лицо современной биологии, многими направлениями внедрилось бы в медицину. Но об информационном лучевом обмене внутри организма наука глухо молчит, о нем мы слышим только громкие голоса открывателей, и что очень характерно, они публикуются не в научных изданиях, а в популярной прессе, где некому их опровергнуть профессионально. И это тоже ловушка, в которую авторы таких открытий загоняют себя сами.

Значение таких открытий, если бы они действительно состоялись, было бы таково, что первооткрывателям не приходилось бы украшаться лаврами всяких сомнительных академий — они были бы лауреатами Нобелевской премии и почетными членами многих настоящих академий.

Здесь будет кстати отметить еще один характерный симптом у врачей-рекламирующих такие «открытия» — они любят украшать свое имя членством в различных самостоятельных академиях. В настоящие академии, как российские так и зарубежные, ученые избираются своими коллегами за широко известные крупные достижения, проходя при этом жестокий конкурс. А вот как становятся членами иных академий расскажу на примере Нью-Йоркской академии (не путать с Национальной Академией США — которая относится к числу настоящих высокоавторитетных, в которую избираются конкурсно по строгим правилам). Нью-Йоркская академия — полностью коммерциализованное предприятие, что бы стать ее членом достаточно заплатить 100 долларов, а если кандидат не жадный и хочет иметь диплом в солидной рамке, что бы повесить на видном месте в своей приемной, нужно добавить еще полусотню. И два зайца убиты: и член академии и международное признание обеспечено, академия то Нью-Йоркская!

Очень характерный симптом, который должен настораживать неискущенного человека — читателя, зрителя, слушателя рекламы — это обещание излечить множество болезней одним средством или одним прибором — только купите! И вы избавитесь от трехсот (и это не рекорд!) болезней. Панацей у древних греков называлось такое всеизлечивающее средство. Но уже древние врачи поняли, что панацея — это несбыточная мечта. Зная теперь так много о человеческом организме, о его сложном устройстве, о том, как разнообразны механизмы развития разных заболеваний, мы понимаем,

почему безнадежно мечтать о всеизлечивающем средстве. Нет панацеи, и реклама такого универсального средства от хирургических до психических болезней — заведомая ложь, циничный расчет на неосведомленность в медицине большинства людей, тем более людей больных, испуганных своей болезнью, готовых довериться любому, кто поманит их надеждой на легкое излечение.

И еще один симптом рекламируемой панацеи. Нет никаких противопоказаний — все лечит и ничему не вредит. Это еще одна ловушка, в которую загоняют себя рекламисты чудодейственных пилюль и приборов. У их метода нет противопоказаний. Но это означает, что и никакого действия это средство не оказывает. Потому, что любое действующее средство обладает побочными, иногда очень сильными эффектами. Разверните описание любого медицинского лекарства или прибора, и вы найдете там ряд противопоказаний и ограничений к применению данного средства. И чем эффективнее средство, тем строже ограничения. А если ограничений нет, то, значит, нет и действия.

Вот несколько несложных рецептов, по которым можно почти наверняка отличить недобросовестную рекламу прибора или лекарства от добротной медицинской рекламы.

Но как же, скажете вы, ведь вот люди, они убедительно рассказывают о своем чудесном излечении с экрана телевизора. Как быть с этим? Тут два типичных случая возможны — либо это хорошие (и обычно хорошо оплачиваемые) актеры, не обязательно профессиональные, либо люди, действительно уверовавшие в свое излечение. Это хорошо известно в медицине так называемое суггестивное действие веры в лекарство. Могут временно исчезнуть или уменьшиться боли, но, конечно, не остановится развитие серьезного заболевания. Когда изучается действие нового препарата, то параллельно с группой больных, которым дают испытуемый препарат, равной группе таких же больных дают похожую таблетку, но без действующего вещества — так называемое плацебо, это делается для того, что бы отличить действие нового лекарства от действия веры в него. Вот с этим эффектом действия веры мы имеем дело у тех, уверовавших в целебную силу рекламируемого средства, которое видим на экране телевизора.

Я мог бы здесь привести конкретные примеры рекламы таких «квантовых генераторов», «волновых излучателей» и подобных им псевдолечебных приборов. Не меньше десятка из них прославляется по радио, телевидению и во многих печатных изданиях. Не хочу делать им дополнительную рекламу и только поэтому не упоминаю их адресно. Впрочем, в этом было бы мало пользы, т. к. собрав пенки с легковверных больных, фирмы быстро меняют название, а суть остается той же, точнее никакой.

Полагаюсь на здравый смысл читателя, который сможет, пользуясь описанными мной симптомами пустышек, опознать их, не имея медицинского образования и уберечь себя от сетей лжемедицины, а свой карман от опустошения.

Но государство не может полагаться только на это, его долг — оградить свой народ от этого принявшего размеры эпидемии бедствия.

Защита необходима. Думаю, лучшей защитой в современных условиях в России может стать обязательная профессиональная экспертиза всех приборов и устройств медицинского назначения перед их рекламированием. Проблема, однако, в том, как обеспечить добротность экспертизы. Реклама и сейчас сопровождается ссылками на множество патентов и на разрешения Министерства здравоохранения. Значит этот фильтр недостаточен и недобротен. Нельзя оставлять это дело только в руках чиновников. Если конечное решение принимает чиновник, имя которого никому ничего не говорит, а должность завтра может измениться, то это не гарантирует достаточно высокого уровня профессионализма и не защищает от возможной коррупции.

Решение в нынешних условиях в России видится в том, чтобы профессиональная экспертиза приборов, методов и средств, претендующих на медицинское применение была законодательно поручена двум организациям, обладающим высшей в стране компетенцией в своих областях — это Академия медицинских наук и Российская академия наук — ее биологическое, физическое и химическое отделения. Главное сокровище каждого ученого, его «капитал», накопленный за жизнь — это его имя в науке, его научная репутация. Предложение передать права на экспертизу академическим ученым основано вот на каких соображениях. Ни один серьезный ученый не станет рисковать своим именем, давая одобрение сомнительному средству: два-три таких случая и его репутация загублена необратимо не только как рецензента, но и вообще как ученого, а другой позиции в жизни у него нет.

Конечно, это большая дополнительная нагрузка на Академию и, прежде всего, на наиболее известных ученых, которым придется принять на себя первый натиск привыкших к вседозволенности дельцов и корреспондентов, расписывавших всякие чудеса исцеления частью от безграмотности, частью из корысти.

Экспертная функция должна быть поручена Академиям Указом Президента, Решением Совмина или законодательно Госдумой, а ученым нужно воспринять эту задачу как свой долг перед обществом, которое должно быть ограждено от злоупотребления доверием людей, прежде всего в такой жизненно-ответственной области как медицина.

## ИнтерНьюс

### Алкоголь и никотин будут и впредь вне конкуренции

Главный санитарный врач России Г. Онищенко запретил продажу курительных смесей AM-HI-CO, Dream, Spice, Zoom, Ex-ses, Per Spice, Yucatan Fire. На этом, видимо, в России заканчивается недолгая эпоха, в которую возможно было легально курить что-либо, кроме сигарет. Загадочные красочные пакетики с трудно идентифицируемым растительным содержанием, явно не содержащим ни нелегальной марихуаны, ни малоинтересного потребителям психоактивных веществ табака, появились в западных смарт-шопах в 2002 г. В России они стали известны широкой публике через 4—5 лет. На упаковке, кстати, нет никаких рекомендаций по употреблению, напротив, там специально отмечено, что эти травы не предназначены для приема внутрь, а могут использоваться как благовоние. Первым широко известным брендом этого продукта стал «Спайс» (Spice — пряность, специя). Так в культовом романе Ф. Герберта «Дюна» называется вещество, необходимое для межзвездной навигации, которое можно найти только на планете Аракис, представляющей собой пустыню, населенную огромными песчаными червями. Популяризированный соответствующей компьютерной игрой, «Спайс» был известен практически каждому геймеру и читателю фантастических романов, а значит, самым широко известным кругам молодых людей. Воздействие курительной смеси было далеком от табака, попадая, в общем, в спектр эффектов энтеогенов — различных растений, испокон веку использовавшихся людьми для достижения измененного состояния сознания в религиозных и социальных целях. «Спайс» несколько менял восприятие, облегчал коммуникацию и делал настроение более подконтрольным окружающей обстановке и внутренней психологической установке потребителя. На марихуану, как говорили люди, пробовавшие и то, и другое, «Спайс» по своему эффекту в точности похож не был. Главное — «Спайс» был легален. Это означало, что им можно было заменить пиво и водку («синьку», как спиртное называют на соответствующих сайтах), не нарушая закон, не опасаясь уголовного преследования или, что нередко случалось, коррупционных претензий со стороны людей в погонах, не чувствуя себя преступником или борцом с системой. Первый ответный удар «система» нанесла в январе 2009 г. в Германии — «Спайс» был запрещен. В марте последовал запрет «продукта неизвестного происхождения» во Франции. В России борьбу с «непроверенными веществами» начали силами проправительственной организации «Молодая гвардия Единой России», осадившей 31 марта этого года в Саратове магазинчик, торговавший «Спайсом». На следующий день свою реплику подал местный потребнадзор, запросивший у главного нарколога облминистра информацию о случаях обращения за медпомощью после употребления курительных смесей. Никаких примеров опасности «Спайса» для здоровья человека облпотребнадзор общественности не представил. Несмотря на это, через неделю с небольшим прозвучал голос главного стража общественного здоровья Г. Онищенко. Как говорится в сообщении Роспотребнадзора, экспертизу курительных смесей провел Институт питания РАМН. Исследователи выявили в «Спайсе» «ядовитые, а также обладающие психотропным и наркотическим действием вещества». Как сообщает Роспотребнадзор, употребление таких смесей может привести к «психическим патологиям, таким как острые и депрессивные психозы, что представляет реальную угрозу общественному здоровью». Подчеркнем: и сейчас оборот растений, входящих в состав запрещенных Онищенко смесей, в России легален, эти растения не включены в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, не отнесены к сильнодействующим и ядовитым веществам и контроль за их оборотом не входит в компетенцию наркополицей. Речь идет только об административном запрете, введенном Роспотребнадзором — точно так же, как запрещали в России продавать грузинское вино, абхазские мандарины, латвийские шпроты. Тем не менее, запрет есть запрет, даже если за его нарушение, спасибо и на этом, не сажает в тюрьму. Прорыва за пределы социокультурного контекста не случилось. Мы снова живем в мире, где есть легальные наркотики — табак и алкоголь — и все остальные запретные плоды, о вкусе которых спорить нельзя.

Источник: medportal.ru

### В какие игрушки играют ваши дети?

ООН сообщает, что 60% всех опасных товаров поставляется из Китая. С 2007 г. доля китайской продукции в числе всех опасных товаров повысилась с 52 до 59%. В то время как доля европейских продуктов составляет лишь 20%. Из 1866 опасных товаров, обнаруженных ООН в прошлом году, каждый третий был игрушкой. Комиссар организации Меглена Кунева еще раз напомнила, что, несмотря на кризис, нужно быть как можно более бдительными, дабы предотвратить попадание на рынок опасных для здоровья товаров.

Источник: GZT.ru

Большая П., 16 лет, обратилась к отоларингологу с жалобами на повышение температуры, боль в горле при глотании. Был диагностирован левосторонний катаральный тонзиллит, госпитализирована в инфекционную больницу. Несмотря на проводимую антибактериальную терапию, сохранялась фебрильная лихорадка, размеры миндалин быстро увеличивались. Заподозрено опухолевое поражение миндалин, в связи с чем больная переведена в онкологический диспансер, где выполнена биопсия этой миндалины. На основании гистологического исследования высказано предположение о наличии лимфомы Беркитта. Для дальнейшего обследования и лечения переведена в Гематологический научный центр РАМН (Москва).

## Тактика терапии лимфомы Беркитта с вовлечением миндалин и угрозой асфиксии

О.С. Финк

При поступлении больная предъявляла жалобы на боль в горле, гиперсаливацию, затрудненное глотание, осиплость голоса, невозможность приема твердой пищи, лихорадку с температурой 38°C, потливость, похудание на 2 кг за неделю. Тяжесть состояния больной была обусловлена опасностью развития асфиксии из-за большой опухоли левой небной миндалины, распространяющейся на ротоглотку и носоглотку, перекрывающей практически весь просвет ротоглотки.

При фиброларингоскопии боковая граница левой небной миндалины не доходила до правой стенки ротоглотки на 1 см, нижняя достигала верхнего края надгортанника. При магнитно-резонансной томографии в проекции левой небной миндалины визуализировалось объемное образование размером 44 × 30 × 57 мм с бугристыми контурами, которое суживало просвет ротоглотки до 3 мм. Определялась инфильтрация кольца Вальдейера слева с распространением на левую стенку носоглотки.

В связи с тем, что биопсия опухоли, которую необходимо было провести в целях уточнения диагноза, могла осложниться асфиксией во время и после вмешательства, больная была интубирована, и биопсия выполнена в условиях комбинированной эндотрахеальной анестезии. Интраоперационно отмечена повышенная кровоточивость из места биопсии. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) во вспомогательных режимах и условиях медикаментозной седации продолжены больной и в послеоперационном периоде.

При исследовании отпечатков биоптата опухоли имелись лимфоидные крупные клетки с бластной и волокнистой структурой хроматина, интенсивно базофильной вакуолизированной цитоплазмой, очень часто наблюдаемые при лимфоме Беркитта.

В гистологическом препарате биоптата миндалин наблюдались диффузная лимфоидная инфильтрация крупными клетками, много митозов, встречались участки распада и

фиброза.

При иммунофенотипировании опухолевых клеток разными методами было установлено, что опухоль имеет В-клеточную природу.

По данным трепанобиоптата костный мозг был поражен. При цитогенетическом исследовании методом флуоресцентной гибридизации in situ на отпечатках опухоли миндалин в 95% клеток выявлена транслокация t(8;14)(q24;q32), характерная для лимфомы Беркитта.

Таким образом, подтвержден диагноз лимфомы Беркитта с поражением левой небной миндалины, с распространением на левую часть носоглотки и вовлечением костного мозга.

После биопсии, до верификации диагноза, перед программным курсом полихимиотерапии (ПХТ) была начата предфаза (циклофосфан 200 мг/м<sup>2</sup> и дексаметазон 10 мг/м<sup>2</sup>) в течение 3 дней, в результате которой размеры опухоли сократились более чем в 2 раза (на 70%). Это позволило на 3-й день предфазы ПХТ прекратить ИВЛ, экстубировать больную. Лечение продолжено по протоколу ЛБ-М-04, куда входят следующие препараты: дексаметазон, винкристин, ифосфамид, циклофосфан, метотрексат, цитозар, везепид, винбластин. Проведено всего 4 курса. Достигнута полная ремиссия, продолжительностью 8 месяцев, которая сохраняется и в настоящее время.

Особенностью данного случая является начало интенсивной ПХТ в условиях реанимации, на ИВЛ и, несмотря на тяжесть состояния, а также большие размеры опухоли, достигнута полная ремиссия.

Лимфома Беркитта — быстропролиферирующая В-клеточная лимфосаркома, ключевым механизмом патогенеза которой является первичная перестройка гена c-myc, возникающая в результате транслокаций (8;14)(q24;q32), t(2;8)(p12;q24) или t(8;22)(q24;q11). При ЛБ в 80% случаев поражаются органы брюшной полости. Вовлечение лимфатических узлов кольца Вальдейера, ротоглотки и носоглотки редки. Несмотря на быструю прогрессию заболевания, как правило, тяжелое состояние больных, вовлечение в процесс многих органов и систем, при лимфоме Беркитта часто удается добиться полного выздоровления благодаря высокодозной полихимиотерапии. Лечение по протоколу ЛБ-М-04 позволяет достичь 95% 3-летней безрецидивной выживаемости. По нашим данным 26,9% больных нуждаются в интенсивной терапии в условиях отделения реанимации, где из-за тяжести состояния больных приходится начинать ПХТ.

Особенностью лимфомы Беркитта является быстрая роста. Вместе с тем большие размеры этой опухоли, а также вовлечение костного мозга не являются прогностически неблагоприятными факторами. Резко отягощающим прогностическим фактором является неадекватная терапия — СНОР, R-СНОР, за которыми утвердилась «слава» золотого стандарта в лечении лимфосарком. СНОР, R-СНОР программы также часто дают ремиссии при лимфоме Беркитта, но они во всех случаях сменялись рецидивом, устойчивым ко всем известным цитостатическим программам.



З.С. Баркаган, А.П. Момот

### ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА

Издание 3-е

Издательство «НьюДиамед»

2008 г.

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

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

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Тел/факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

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

## Первичное поражение щитовидной железы при лимфоме Беркитта у пожилой больной

А.И. Лукина

В структуре первичных лимфатических опухолей щитовидной железы лимфома Беркитта составляет не более 5%. Мы имеем редкий клинический случай успешного лечения ЛБ с первичным вовлечением щитовидной железы у пожилой больной. Обращает внимание локальное поражение щитовидной железы, что также не типично для данной нозологии. Обычно в патологический процесс вовлекаются органы брюшной полости, а другие экстраабдоминальные органы поражаются вторично при генерализации заболевания. На основании морфологического исследования биоптата щитовидной железы был установлен первичный диагноз диффузной В-крупноклеточной лимфосаркомы, но, учитывая агрессивный характер опухоли, обнаружение в цитологических препаратах саркомных клеток с резко базофильной вакуолизированной цитоплазмой и высокой пролиферативной активностью, мы проводили дифференциальную диагностику с лимфомой Беркитта. Окончательный диагноз лимфомы Беркитта установлен только после цитогенетического исследования — методом FISH выявлена t(8;14)(q24;q32), характерная для лимфомы Беркитта. Как известно, добиться стойких ремиссий при лечении лимфо-

мы Беркитта позволяют только интенсивные высокодозные курсы ПХТ, а применение «золотого стандарта» СНОР и СНОР-подобных курсов в 100% случаев фатально. Возраст больного не должен влиять на выбор терапии, однако необходимо учитывать сложность проведения высокодозных протоколов в группе пожилых больных, которые заключаются в высоком риске развития тяжелых осложнений. Поэтому мы начали лечение по протоколу ЛБ-М-04, а дозы цитостатиков снизили на 50%. Сопроводительная терапия — изоляция больной в одноместную палату, профилактика токсического действия химиопрепаратов, установка центрального венозного катетера, введение колониестимулирующего фактора, а также адекватная антибактериальная и трансфузионная поддержка позволили провести ПХТ, купировать возникшие осложнения и получить ремиссию продолжительностью 10 месяцев, которая сохраняется и в настоящее время. Особенностью данного наблюдения является нехарактерный для лимфомы Беркитта возраст больной (62 года), так как в подавляющем большинстве заболеваний встречается у детей, а среди взрослых больных средний возраст составляет 30 лет.

Человек — существо биологическое, многое в его личностных качествах опосредовано биологической сущностью, особенностью нервной системы, наличием физических предпосылок для функционирования органов и систем. Все это, в определенной мере, запрограммировано в геноипе человека. Представляется, что многие свойства, необходимые для формирования хорошего врача, также биологически обусловлены и зависят от генотипа человека. Не зря, наверное, говорят «чтобы быть хорошим врачом, нужно иметь призвание», а последнее, скорее всего, и есть особенности нервной системы человека, обуславливаемые его биологией.

## ВРАЧ, ЛИЧНОСТЬ, ОБЩЕСТВО

Проф. И.А. Шамов, Махачкала, ДГМА

Все же одних биологических качеств для формирования личности человека, в том числе и врача, абсолютно недостаточно. Как известно, генотип человека содержит лишь предпосылки для онтогенетического формирования качеств организма и окончательное становление индивидуума, его личностных качеств, ценностных установок, морали, этики происходит во внешней среде и под ее воздействием.

«Среда жизни человека (социальная среда), в которой он активно действует, образует содержание его психического мира и тем самым определяет его сознание, существенные личностные черты и функции в том или ином социальном коллективе». (В.П. Петленко, В.Ж. Сержантов, 1984). Наряду с генетическими программами существует не менее важная, не менее детерминирующая, не менее жесткая социальная программа, которая определяет развитие личности. Сказанное наглядно подтверждается известным фактом, что индивидуумы каждой эпохи имеют свою структуру сознания, психологию, личностные особенности, особую оценку бытовых, социальных, исторических и других ценностей.

Врач тоже обычный человек, он так же только продукт своего общества. Это я к тому, что многие люди ныне говорят: вот, мол, врачи стали плохими, они стали черствыми, малограмотными и т. д. Таким людям я отвечаю строками из басни И.А. Крылова: «Чем кумушек считать трудиться, не лучше ли на себя оборотиться».

Сегодня, как говорят иные юмористы (увь, в их словах есть львиная доля правды), общество у нас «дикокapиталистическое», общество давно забыло слово «честность». Обмануть, украсть, присвоить чужое, обогатиться, не стесняясь и глядя тебе в глаза, — этим ныне не брезгают самые высокие чины нашего общества. Под шумок «перестройки» всякие проходимцы типа березовских, абрамовичей, гусинских и К° разворовали 70-летние многомиллионные накопления простых граждан и присвоили все природные богатства страны. Президент страны Б.Н. Ельцин обещал: «Россияне! Не беспокойтесь, девальвации не будет. Если она будет, я, понимаш, лягу на рельсы под поезд». И буквально через несколько дней случился страшнейший дефолт 1998 года, приведший к разорению и обнищанию огромного числа граждан. И где же те рельсы, на которые лег президент? Его слова были обыкновенной ложью.

То же самое происходит и сегодня. Вся руководящая рать недавно говорила, что нам нечего бояться, так как у нас есть «стабилизационный» фонд (кстати, созданный из наших карманов). И что же? А то, что ныне никакой стабилизации нет. По всей стране катится волна увольнений и сокращений, набирает силу волна безработицы, идет девальвация рубля при укреплении доллара и евро и т. д.

Человеческая жизнь в нашей стране не стоит и копейки. Что ни день, то мы слышим об убийствах во всех уголках необъятных российских просторов. Наш телеэкран день и ночь, круглые сутки показывает убийства, насилие, бандитизм, коррупцию или похожие на пир во время чумы гулянки нынешнего «высшего общества», подсматривание за «интимом» через «окна», бесконечные разборки и семейные склоки каких-то сомнительных лиц, демонстрирует абсолютный конформизм по отношению к любому злодею, лишь бы он имел денги и т. д. Имеет быть место коррупции во всех отраслях, даже в правоохранительных органах, разгул проституции, наркомании; сплошное спайвание народа — в стране более 2 миллионов алкоголиков.

И при этом наше общество требует от врача честности, гуманности, высокой нравственности и бескорыстия, самоотверженности, доброты, преданности делу, высокого профессионализма. Однако какой морали при вышеуказанном состоянии самого общества оно ждет от него? Ведь мораль — это те установки, традиции, положения, которые соблюдает все общество.

Знаменитый писатель и врач В.В. Вересаев писал: «При всех прочих равных условиях, в моральном отношении врач на голову выше представителей любой другой профессии». Эти слова и сегодня правдивы как никогда.

Когда видишь, как ежедневно и ежечасно (именно ежедневно и ежечасно!) медицинские работники суетятся вокруг тяжелейших пациентов, в том числе и умирающих, какую колоссальную физическую и психическую нагрузку постоянно они несут, имея зарплату в десятки раз меньшую, чем у какого-нибудь чиновника, весь рабочий день занимающегося чтением газет и пустыми разговорами, или банковских и прочих девочек, занимающихся переключением бумаг, чаепитием, выщипыванием бровей и полировкой ногтей, ты смело можешь утверждать, что действительно медики в моральном отношении на голову выше, чем представители многих других профессий нашего времени. А если среди медиков встречаются люди с низкой моралью, то я еще раз посоветовал бы нашему обществу на себя оборотиться. Где больше аморальности — среди врачей или среди членов остального общества?

Касательно корысти и бескорыстия. Нередко слышишь, что де врачи берут взятки. Извините, но это еще очень и очень спорный вопрос. Большинство наших врачей никаких взяток не берут и выкладываются полностью за свою мизерную зарплату. Кроме того, разве этим пороком не заражено все остальное общество? Посмотрите «[compromat.ru](http://compromat.ru)» в Интернете. От этих данных о «бескорыстии» лиц, занимающих самые высокие посты в стране, стынет кровь. Общество, оборотись на себя, прежде чем требовать бескорыстия от врача!

Выйдем сегодня на улицы наших городов. По ним мчатся тысячи машин, которые стоят десятки и сотни тысяч долларов. На каждой улице стоит по несколько дворцов ценной в миллионы, а во всяких «Рублевках» и миллиарды рублей. И что же? Да то, что и среди владельцев машин, и среди владельцев таких дворцов практически нет врачей. Не исключаю, что среди нынешних богатеев есть и медики. Однако их число не превышает и тысячной доли лиц других специальностей, особенно чиновников.

А самоотверженности и доброты у наших врачей сегодня более чем достаточно для того общества, которое само не имеет этих качеств. Кого сегодня можно сравнить по самоотверженности в работе с медицинскими работниками? Пожалуй, только нашего многострадального крестьянина. Увь, действительно, жизнь наших тружеников села сегодня можно сравнить лишь с жизнью крестьян в России во времена Н.А. Некрасова: «Я такой стороны не видал, где бы сеятель твой и хранитель, где бы русский мужик не стоал».

Наши медики в труднейшие времена доказали всему миру и нашему обществу свою высокую преданность делу. В условиях краха великой страны, в которую ее вергли всякие Солженицыны, Горбачевы, ельцины, шушкевичи и прочие «предводители дворян и отцы русской демократии», во времена смуты и хаоса медицинские работники самоотверженно работали на своем посту, сохранили свою отрасль, не дали ее растащить проходимцам всех мастей. И ныне медики, находясь на нищенском бюджете, показывают высокие образцы преданности своему делу и долгу.

Сегодня опять-таки от многих членов нашего общества можно услышать, что, мол, врачи стали плохие, непрофессиональные, не умеют лечить и т. д. Да, доля правды в этом, наверное, есть. Действительно, многие наши врачи перестали совершенствовать свои профессиональные знания и умения, повышать образовательную квалификацию, хуже стали относиться к больному человеку. Но разве не таково все наше общество само?

В стране сегодня недоросли и митрофанушки занимают большинство государственных и прочих постов. Управляя огромной, в 1/6 часть земного шара, страной, владеющей многими морями и океанами, богатейшими природными ресурсами, наши правители не могут прокормить 140 миллионов человек своего народа. Большая часть населения живет, едва сводя концы с концами, в условиях голодного прожиточного минимума. Опустел еще недавно цветущий советский Север, хищнически эксплуатируются всякими держимордами природные богатства страны. Уход человека на пенсию стал прямым путем в нищету. Неужели же это от высокого профессионализма наших правителей? Непрофессионализмом за версту веет от всей той чехарды противоречащих друг другу или абсолютно не исполняющихся законов, которые принимают наши думцы. Непрофессионализм и фальсификация сегодня выявляются в любой вещи, которую мы приобретаем, начиная от лекарств (может ли быть что еще более аморальное, чем это!) и заканчивая любой техникой, продуктами питания, одеждой. И в этих условиях все наше общество требует от врачей высокого профессионализма и успешности.

Ну как тут не воскликнуть вместе с древними латинянами: — *Socium, cura te ipsum!* — Общество, излечись само!

### Сопредседатели секции:

- Ю.Н. Беленков, член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- В.А. Сагдиков, 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:

- 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»

## ПИСЬМА

Уважаемые доктора!

Спасибо за интересную газету! Примите благодарность за Ваш труд просвещения сельских медиков. Ждем, читаем, обсуждаем, ценим опыт других в своем самообразовании. Получаю газету с 2005 г.

С уважением,  
врач Холмогорской ЦРБ с 1976 г.,  
экс-депутат Архангельской области  
Попов В.Д.

Павел Андреевич!

Пожалуйста, не «списывайте» меня пенсионера-гематолога с 1962 г. Я еще работаю. На Декадниках был 35 раз. Зарплата «чистыми» 900 гривен (это примерно 130 долларов). Имел кайф от «Московского доктора», а теперь он почему-то перестал приходить. Если в Ваших силах, возобновите прерванное удовольствие.

С глубоким уважением  
Рехтман Б.О.,  
г. Хмельницкий, Украина



**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ:  
НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА,  
ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА**  
Б.П. Богомолов  
Издательство НЬЮДИАМЕД  
2007 г.

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

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

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

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

**Приглашение**

**«Коморбидность в кардиологии. Нефрпатия. Пусковой механизм или мишень?»**

29 октября 2009 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

**Приглашение**

**«Гепатиты. От профилактики до трансплантации печени»**

20 октября 2009 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

**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 гипертензии. 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. Нефрпатия. 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

**Компания «Лига Спецодежды» — Ваш надёжный партнёр**

ООО «ЛИГА СПЕЦОДЕЖДЫ» является производителем и поставщиком профессиональной одежды, специальной обуви и средств индивидуальной защиты для всех отраслей народного хозяйства. Многолетний и плодотворный опыт работы, обширные знания в этой социально важной и ответственной сфере, доверие партнёров и покупателей вывели нашу компанию в число лидеров российского рынка охраны труда.

Одно из ведущих направлений нашей деятельности — разработка и пошив современной, надёжной и эстетичной профессиональной одежды для различных отраслей промышленности.

Пошив рабочей одежды осуществляется на современном оборудовании и с высоким качеством. Ежемесячно мы производим не менее 120 000 костюмов. Общая складская площадь 16 000 кв. м. позволяет нам иметь запасы готовой продукции, удовлетворяющие запросам крупнейших предприятий нашей промышленности. Для корпоративных заказчиков предлагаем пошив спецодежды и униформы на заказ.

Мы предлагаем собственную коллекцию стильной и удобной медицинской одежды серии «Стандарт» и «Личный стиль». В широком ассортименте представлены медицинские костюмы, брюки, жакеты, медицинские халаты, костюмы хирургические, колпаки, головные уборы, одноразовая одежда, перчатки, обувь. Вся медицинская спецодежда выполнена из современных текстильных материалов, отвечающих европейским стандартам, поэтому предлагаемые нами товары рассчитаны на длительный срок применения.

Имеется возможность разработать и изготовить новые модели спецодежды специально для Вашего предприятия, учитывая особенности Вашей отрасли.

Мы предоставляем нашим клиентам следующие возможности:

— комплексное обеспечение любой спецодеждой, униформой, рабочей обувью и средствами защиты. Всегда на складе свыше 6 000 наименований товаров.

— удобство комплектования заказа (офис и склад расположены в одном месте, что обеспечивает значительную экономию времени и сил).

— льготные условия постоянным заказчикам.

— гибкая система скидок (до 30%).

— бесплатная доставка при заказе на сумму от 5 000 руб.

**Закажите наши каталоги, мы доставим их бесплатно!**

109380, г. Москва,  
ул. Чагинская, д. 3Б  
Тел. 7(495) 957-10-61, 957-10-63  
E-mail: info@liga-spec.ru  
WWW.LIGA-SPEC.RU



**СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА РАМН**

5-е издание 2009 г.

Под редакцией профессора П.А. Воробьева  
Издательство НЬЮДИАМЕД

Включает 8 Перечней лекарственных средств:  
• Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета РАМН  
• Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств;

• Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи;

• Перечень лекарственных средств для педиатрической практики (педиатрический формуляр);

• Негативный перечень медицинских технологий Формулярного комитета РАМН;

• Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (стационарный формуляр)

• Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях амбулаторно-поликлинической помощи (амбулаторный формуляр).

Содержит формулярные статьи на 490 лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых лекарственных средств.

Формулярные статьи содержат сведения о применении лекарственных средств, включают доказательства и критерии оценки эффективности, уникальную информацию для пациентов, медицинского персонала, а также результаты клинико-экономического анализа.

В новом справочнике есть данные об ориентировочной дневной дозе лекарственных препаратов (DDD согласно ВОЗ, цены на лекарства из 3 источников — регистрация перечня жизненно необходимых средств, цены ДЛО и цены Британского формуляра), что позволяет планировать затраты на лекарственные препараты и помогает при формировании лотов по 94 ФЗ.

Информация предназначена в первую очередь для главных врачей, нармедов, клинических фармакологов, членов формулярных комиссий, заведующих клиническими отделениями больниц.

Информация о применении лекарств уникальна, и ее нет ни в одном другом издании. Она прошла тщательную многоступенчатую экспертизу у большого числа специалистов.

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИОННАЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

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

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена **δ**