



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Ушел из жизни – так, наверное, правильнее будет сказать – Израиль Моисеевич Гельфанд. Человек уникальный, гениальный без прикрас. Гельфанд – один из немногих великих ученых, кто сумел стать таковым путем самообразования, не имея законченного среднего образования и не пройдя курс обучения в университете. Вот несколько слов в его память.

Изя родился 20 августа 1913 г. в местечке Окны Тираспольского уезда Херсонской губернии, в семье бухгалтера. Он учился в еврейской, русской и украинской школах. В 1923 г. семья переехала в Ольгополь Винницкой области, где Гельфанд поступил в химическую профессиональную школу. В 9-м классе (в 1928 г.) Гельфанда исключили из школы как сына «нетрудового элемента»: его отец в это время управлял мельницей. Из-за тяжелых семейных обстоятельств в феврале 1930 г. он уехал к дальним родственникам в Москву, некоторое время был безработным, занимался поденной работой, был контролером в Ленинской библиотеке. В 1931 г. начал посещать вечерние лекции по математике в нескольких учебных заведениях, в том числе в МГУ. Вскоре И.М. Гельфанд был принят лаборантом кафедры математики Вечернего химико-технологического института. По легенде, он решил задачу, лежащую на столе А.Н. Колмогорова, над которой последний бился долгое время. Уже через год без формального высшего образования он стал аспирантом А.Н. Колмогорова и одновременно с 1932 г. начал преподавать в МГУ, с 1935 по 39 гг. – в должности доцента. С 1939 г. по совместительству работал старшим научным сотрудником Математического института им. Стеклова Академии наук СССР (МИАН). В 1935 г. Гельфанд защитил кандидатскую диссертацию по теме «Абстрактные функции и линейные операторы», а в 1938 г. представил и в 1940 г. защитил докторскую диссертацию.

Писать про математические достижения здесь не уместно. Если кто-то занимался высшей математикой, мимо его учебников пройти не мог. Основные труды Гельфанда относятся к функциональному анализу, алгебре и топологии. Гельфанд занимался также и прикладными аспектами математической методологии в различных областях физики, сейсмологии и информатики, был привлечен к проекту создания водородной бомбы, по праву считается одним из ее «отцов».

Тем не менее, И.М. Гельфанд оказался жертвой государственного антисемитизма: 23 октября 1953 г. он был избран членом-корреспондентом АН СССР и на протяжении 31 года не избирался в академики. Член-корреспондентом он стал при поддержке И.В. Курчатова, ценившего его за работу в Атомном проекте. Политику невыборов в Академию наук математиков еврейского происхождения обыкновенно связывают с именем тогдашнего главы Отделения математики АН СССР Л.С. Понтрягина – выдающегося математика, но ужасного антисемита. Гельфанда много раз заваливали в Академию, после очередного завала академик Е.Л. Фейнберг выступил на общем собрании АН с протестом, а академик Леонтович задал тогдашнему президенту академии А.П. Александрову вопрос: «Имеет ли право член иностранных академий стать советским академиком?» Александров, недоумевающий, отвечает: «Конечно, имеет...» Все, кому надо, догадались, о ком и о чём идёт речь. Долгое неизбрание Гельфанда в Академию наук СССР было позором. Будучи почётным членом большинства иностранных академий с начала 1960-х годов, Гельфанд был избран действительным членом Академии наук СССР лишь 26 декабря 1984 г. в возрасте 71 года, став первым избранным математиком еврейского происхождения с 1964 г.

Вот список его членства в различных обществах и академиях: Почётный член Московского математиче-

ского общества (1971), почётный доктор (Honoris Causa) Оксфордского (1973), Сорбонского (1973), Гарвардского (1976), Принстонского (1977), Упсальского (1977), Лионского (1984) и Пизанского (1985) университетов, почётный иностранный член Американской академии искусств и наук (Кембридж, Массачусетс, 1964), Американского математического общества (АМО) (1966), Лондонского математического общества (ЛМО) (1967), Национальной академии наук США (НАН США) (1970), Королевской Ирландской Академии (1970), Лондонской королевской академии (ЛКА) (1977), Королевской Шведской академии (1974), академии наук Франции (Académie des Sciences, 1976), Италии (Accademia dei Lincei, 1988) и Японии (1989), Нью-Йоркской Академии Наук (пожизненный почётный член академии – Honorary Life

на (медицинская кибернетика), во многом из-за несчастия в его семье (смерть от острого лейкоза младшего сына Саши). В 1957 г. Гельфанд и Цетлин организовали междисциплинарный математико-физиологический семинар, который собирался в помещении Института нейрохирургии им. Бурденко АМН СССР до 1961 г. Медицинской частью семинара руководил В.С. Гурфинкель. Основной тематикой семинара стала физиология сердца, нейрофизиология моторно-двигательного аппарата (движений). В 1960 г. И.М. Гельфандом и директором Института биофизики АН СССР Г.М. Франком было решено создать постоянный междисциплинарный отдел на основе участников семинара. Этот отдел – впоследствии Межфакультетская лаборатория математических методов в биологии МГУ – был организован весной 1961 г., и помимо Гельфанда и Цетлина с математической стороны, в него вошли В.С. Гурфинкель и М.Л. Шик с медицинской стороны. В 1976 г. лаборатория вошла в состав НИИ физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского МГУ в качестве Отдела математических методов в биологии.

Израиль Моисеевич – автор многочисленных работ по нейрофизиологии волевых движений, клеточной миграции в тканевых культурах, протеомике (третичной структуры белков) и алгоритмизации клинической работы врачей. Исследования моторной нейрофизиологии проводились на базе Института проблем передачи информации РАН совместно с Ю.И. Аршавским. Результатом этой работы явилась серия публикаций по нейроконтролю волевых движений кошек и механизмам синаптической передачи информации в мозжечке и нисходящих спинномозговых путях.

Поначалу И.М. Гельфанд работал над приложением математических методов описания поведения сложных систем к изучению регуляции механизмов управления ло-

комоцией у млекопитающих и регуляцией деления эпителиальных клеток в культуре ткани. Вместе с соавторами им были предложены принцип наименьшего действия и представления о синергиях в управлении деятельностью элементов сложных биологических систем. Начиная с середины 1960-х годов Гельфанд работает над систематическим описанием клеточной пролиферации и морфогенеза в эпителиальных и мезенхимальных тканевых культурах и моделированием в этих культурах ранних процессов (совместно с Ю.М. Васильевым). Другое направление исследований связано с математическим описанием механизмов опухолевого перерождения и метастазирования.

В 2000-х гг. Гельфанд обратился к протеомике, в том числе к классификации нуклеотидной последовательности, вторичной и третичной структурам белков. Математические (геометрические) методы применяются для выделения возможных пространственных организаций белковых молекул и их описания. В 2007 г. Гельфандом совместно с А.Е. Кистером и другими на примере группы сэндвичеобразных белков была предложена структурная единица третичной (трёхмерной) нуклеотидной организации протеинов страндон (или стрендон – strandon) и описаны супермотивы в чередовании страндонов.

Гельфанд также занимался алгоритмизацией медицинской деятельности (медицинская кибернетика), например, прогнозированием для экстренной хирур-

## Израиль Моисеевич Гельфанд – математик, биолог, медик, педагог

Member – с 1999 года), Европейской академии наук (с 2004 года – «fellow»). Не менее значимым является и список его наград и поощрений: лауреат Сталинских премий (1951, 1953), Ленинской премии (1961), кавалер трёх орденов Ленина (1954, 1956, 1973), двух орденов Трудового Красного Знамени (1963, 1983), ордена Дружбы Народов (1975) и Знак Почёта (1953), Государственной премии России (совместно с С.Г. Гиндикиным и М.И. Граевым, 1997). Он первый лауреат премии Вольфа в математике (1978), медали Вигнера Международного союза по теории групп в физике (Wigner Medaille, 1980), премий Киото (Япония, 1989) и Лерой П. Стила за выдающиеся достижения на протяжении всей карьеры (Leroy P. Steele Prize for Lifetime Achievement – высшая награда Американского математического общества, 2005). Лауреат стипендии МакАртура (MacArthur Fellowship, англ., 1994), т. н. наградой для гениев («the genius award») – с финансовым обеспечением размером в 500 тыс. долларов по усмотрению награждённого сроком на 5 лет.

Недопущение Гельфанда на международные математические конгрессы на протяжении десятилетий послужило в конце 1970-х годов одним из поводов для обвинений советского математического истеблишмента в антисемитизме. Известно высказывание президента АН СССР тех лет М.В. Келдыша: «Вред от невыпуска Гельфанда уже превзошёл весь мыслимый вред, который мог бы произойти от его выезда». После падения «железного занавеса» в 1989 г. Гельфанд поселился в США, был профессором в Гарвардском университете (1989–1990) и Массачусетском технологическом институте (1990); с 1991 г. – профессором отделений математики и биологии института дискретной математики и вычислительных наук Ратгерского университета в Нью-Джерси. Как минимум до конца 90-х годов он формально оставался директором института в Москве. Последние годы жизни И.М. Гельфанд жил в городке Пискаутауэй Тауншип (Piscataway Township, штат Нью-Джерси) неподалёку от Ратгерского университета.

С конца 1950-х гг. в круг интересов Гельфанда попала биология (биокибернетика), а вскоре и медици-



П. Воробьев, И. Гельфанд, М. Нейгауз  
под Парижем

## ИнтерНьюс

### Гормон роста не омолаживает!

Согласно результатам исследования, проведенного учеными медицинской школы университета Джонса Хопкинса (г. Балтимор, штат Мэриленд) под руководством адъюнкт-профессора Роберто Сальватори, люди, в организме которых вследствие генетической мутации практически не вырабатывается гормон роста, живут так же долго, как и люди с нормальным уровнем гормона. Это опровергает высказываемую некоторыми специалистами гипотезу, согласно которой человеческий гормон роста является своего рода «источником молодости». К сожалению, эти данные вряд ли уменьшат количество клиник, врачей и торговцев сомнительными снадобьями, предлагающих омолодиться инъекциями соматотропного гормона — несмотря на то, что по общепринятому в официальной медицине мнению, пользы от этого столько же, как от плацебо, а вероятность онкологических заболеваний может повыситься. Результаты ряда исследований показали, что мыши, организм которых недостаточно эффективно продуцирует мышинный аналог гормона роста, живут дольше нормальных животных. В то же время, согласно данным других авторов, снижение уровня гормона роста в организме человека в результате хирургического или радиационного повреждения гипофиза повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, что, в свою очередь, способствует уменьшению продолжительности жизни. Однако у таких пациентов наблюдается также снижение продукции других гормонов гипофиза, что может влиять на достоверность сделанных выводов. В последние годы ситуация еще более усложнилась появлением (особенно часто — в Интернете) большого количества рекламы содержащих гормон роста биологически активных добавок, преподносимых публике в качестве «источника молодости». Как правило, в основе таких заявлений лежат наблюдения, согласно которым (но только у людей с дефицитом гормона роста!) компенсация его недостатка улучшает физическое состояние и снижает выраженность некоторых признаков старения, таких как истончение кожи и уменьшение мышечной массы. Для того, чтобы получить достоверные данные по этому вопросу, авторы обследовали 65 представителей уникальной популяции карликов, проживающих в муниципалитете Итабаянинья, входящем в состав северо-восточного штата Бразилии Сержипи. В этой местности лилипуты рождаются в 25 раз чаще, чем в среднем в солнечной Бразилии — 80 человек на 32 тысячи жителей. Каждый индивидум обследованной группы являлся носителем двух мутантных копий гена, ответственного за высвобождение гормона роста, что является причиной тяжелого врожденного дефицита этого гормона. Все участники исследования имели очевидные признаки гипоплазии: очень низкий рост, детские черты лица и высокий голос. После того, как результаты генетического тестирования подтвердили наличие у обследуемых мутации, ученые собрали данные о датах рождения и смерти карликов и их 128 нормальных братьев и сестер, являющихся представителями 34 семей. После этого они провели сравнительный анализ продолжительности жизни карликов и их имеющих нормальный рост сиблингов, а также сравнили уровень смертности в популяции карликов со средним уровнем смертности местного населения. Результаты статистического анализа показали, что продолжительность жизни карликов не отличается от продолжительности жизни их братьев и сестер нормального роста. Хотя продолжительность жизни карликов была немного меньше, чем средний показатель для населения этого региона, это различие исчезло после исключения из анализа пятерых женщин, погибших до достижения ими 20 лет. Четыре из пяти женщин этой подгруппы умерли в результате проблем с пищеварением. Исследователи предполагают, что это может быть обусловлено связанным с дефицитом гормона роста снижением эффективности работы иммунной системы. Однако неизвестно, почему эта закономерность распространяется только на женщин. Чтобы изучить возможное влияние на продолжительность жизни наличия только одной копии мутантного гена, авторы привлекли местных добровольцев, пришедших на избирательный участок в день выборов (голосование в Бразилии является обязательным). Одна копия мутантного гена не влияет на рост человека, поэтому для ее выявления все добровольцы сдали образцы слюны для генетического тестирования. Количество молодых (20—40 лет) и пожилых (60—80 лет) людей, гетерозиготных по мутантной копии гена, оказалось практически идентичным. Это свидетельствует о том, что носительство одной копии мутантного гена также не оказывает влияния на продолжительность жизни.

Источник: *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*

Начало на стр. 1 ↗

гической тактики при желудочно-кишечных кровотечениях, прогнозированием возможных осложнений и смерти при инфаркте миокарда, оценки морфологии почечных изменений по клиническим проявлениям нефритов и др.

С 1934 г., будучи ещё доцентом И.М. Гельфанд руководил работой первого математического кружка для школьников при МГУ. Сразу же по окончании Великой Отечественной войны в МГУ был организован «Математический семинар Гельфанда», который собирался по понедельникам вечером на протяжении 45 лет. На семинар приглашались как отечественные математики, так и исследователи из-за рубежа (такие как П. Макферсон, 1981, и Ж.-П. Серр, 1984).

В 1963 г. он начал работать с двумя классами московской Второй школы, разработав серию лекций и семинаров для школьников. На их основе им была создана Заочная математическая школа (впоследствии Всесоюзная заочная математическая школа (ВЗМШ)), которую за 30 лет окончили более 70 тыс. человек. Все эти годы Гельфанд был председателем её научного совета и сам занимался разработкой учебных пособий для учеников. Эта школа стала первым учебным заведением такого типа. В составе ВЗМШ позднее было создано биологическое отделение, а потом и отделения, посвященные другим научным дисциплинам (химии, экономике, русскому языку). По образцу ВЗМШ впоследствии были созданы аналогичные школы и в других университетах (например, при НГУ).

В 1992 году он организовал в США «Gelfand Outreach Program» (позже «Gelfand Correspondence Program in Mathematics» — аналог Заочной математической школы для старшеклассников, которой он руководил в Москве).

Относительно малоизвестным фактом, оказавшим сильнейшее влияние на А.И. Воробьева, было посещение им семинаров И.М. Гельфанда. Он в свое время разработывал математический расчетный аппарат при создании водородной бомбы. Гельфанд объединил молодых биологов — цитологов, генетиков, биохимиков — в семинар, который собирался в отдельном корпусе при биофаке МГУ. Попасть на семинар было практически невозможно, Израиль Моисеевич сам приглашал на него людей. Там оказался мой отец, Марина Бриллиант, позже стали ходить я и мой старший брат Иван, его приятель Андрей Иванов-Смоленский. Андрей работал у Александра Яковлевича Фриденштейна, одного из крупнейших ученых мира, сделавшего огромный вклад в развитие науки о стволовых клетках. В частности, Фриденштейн придумал микроокружение — квартиру клетки, где на нее влияют разные факторы, заставляя ее делиться и пролиферировать в нужном направлении. Андрей в конце 70-х вырастил из стволовой клетки первый орган — тимус. Это было сделано впервые в мире, но осталось незамеченным. Это в начале XXI века стали широко обсуждать рост органов из стволовых клеток, а тогда это было не понятным, никто и не думал, и не знал о таких вещах.

Вопросы, которые обсуждались на семинаре Гельфанда, и теперь до конца мне не ясны, уровень биологии был наивысший. Но важнее был стиль этих семинаров, где самым «глупым» был И.М. Гельфанд, который требовал ему объяснить, бегал по маленькому залу, поворачивался к Ю.М. Васильеву и спрашивал: «Юра, тебе понятно? Мне нет». Я не помню ни одного семинара, на котором докладчику удалось бы рассказать свою работу до конца: все время уходило на растолковывание Гельфанду первых фраз и первого рисунка. И резюме никогда не было ободряющим. Но самому докладчику становились ясны пробелы, упущения, недодумывания. Так двигалась и росла биология.

Как не хватало Израйла Моисеевича в России, как ему не хватало России в Америке! Он жаловался мне на это, когда мы ненадолго встретились с ним в университетском городке под Парижем в конце 90-х. Но обратной дороги не было. Его ученики разъехались, биологическая школа у нас представлена старшим поколением, молодежь смотрит и уезжает на Запад.

Израиль Моисеевич думал с такой скоростью, что в разговоре с ним было невозможно что-то утаить. Ты только открывал рот, произносил первые звуки, а он уже объ-

яснял, почему ты не прав. Правых — не было. Я только начал издавать журнал «Клиническая геронтология», он выходил раз в квартал, естественно — похвастался (это была последняя встреча с ним, я приехал к нему под Париж). «Журнал умрет, — сказал Гельфанд. — Хотя, если толстый, то поживет. Журнал должен выходить ежемесячно». Откровенно говоря, пользуясь советом, я в течение года довел выпуск до 6, а потом и до 12 номеров в год, сделал его толстым. Мы пережили кризис 1998 г., переживем и кризис 2009 г., живем уже больше 15 лет.

Пользуясь случаем, Гельфанд позвонил отцу на мобильный, и, как будто вчера расстались, стал ему давать указания, как жить дальше. Не помню, что он говорил, это касалось и политической обстановки, и каких-то общенучных вопросов, и проблем, связанных с диссидентским движением. Была какая-то «куча мала», но мне казалось все весомым и правильным. Он с возрастом стал заметнее бояться КГБ, говорил об этом. Когда спустя еще лет 5 я пытался приехать к нему домой и связался с ним по телефону, он долго переспрашивал, кто я, уточняя какие-то детали, а потом попросил написать письмо. От встречи уклонился. Уже в Москве мне сказали, что он меня узнал и тоже хотел встретиться, звонил Милиции Генриховне Нейгауз, но тогда недоверчивость победила, а потом снестись не удалось. Так мы с ним и не встретились...

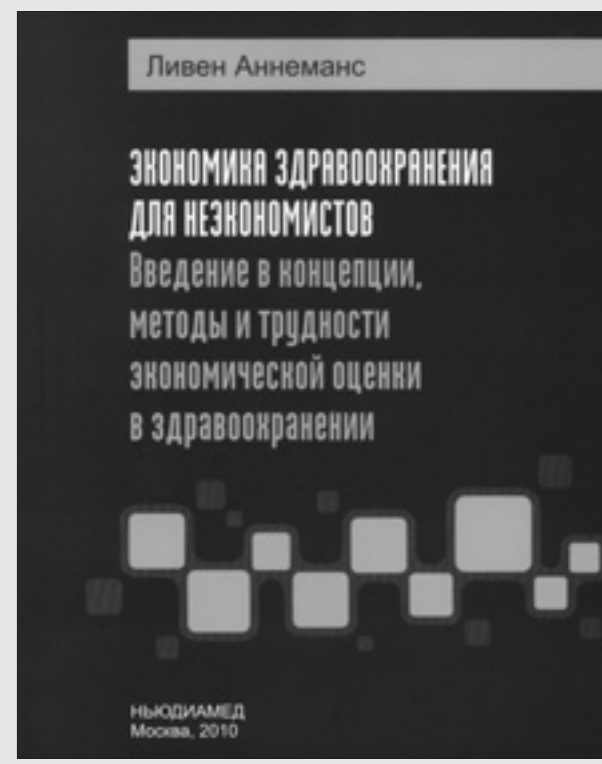
Знаменитый семинар Гельфанда также нашёл своё продолжение в стенах Ратгерского университета в Пискатзвэй (Нью-Джерси). Начиная с 50-летнего юбилея в честь И.М. Гельфанда, каждые 10 лет проводились международные конференции, последняя из которых была организована к 90-летию учёного в Гарвардском университете 31 августа — 4 сентября 2003 г., где сам И.М. Гельфанд выступил со вступительным словом. Свою благодарственную речь Гельфанд закончил отражающими его общее мировоззрение и нередко цитируемыми словами нобелевского лауреата Иццока Башевиса-Зингера: «Никогда не будет справедливости, пока человек стоит с ножом в руке и уничтожает тех, кто слабее его».

Вот такой человек ушел от нас. Впрочем, Россия потеряла его давно...

В статье использованы материалы из Википедии.  
П. Воробьев

### Внимание!

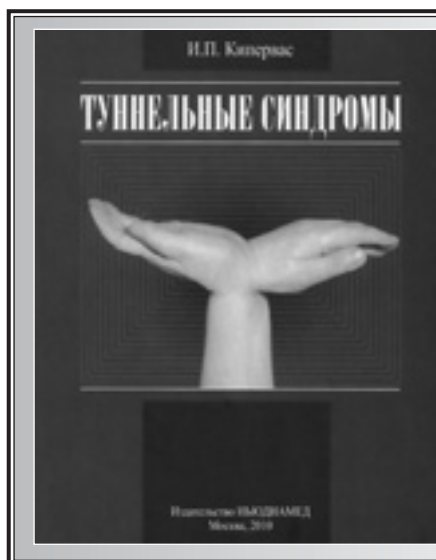
В издательстве НЬЮДИАМЕД  
вышла новая книга!



### Внимание!

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

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



**ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО  
ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ  
И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ  
МГНОТ от 19 марта 2009 года.**

**Сопредседатели секций:**

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

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

**Секретарь:** Л.А. Положенкова

**Повестка дня:**

«Профилактика сердечно-сосудистых осложнений».

Заседание открыл В.А. Парфенов. По его словам, значимость профилактических мероприятий в предупреждении развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений врачи недооценивают, между тем, профилактика рассматривается в настоящее время в качестве одной из ключевых задач здравоохранения не только в России, но и в большинстве стран мира. Далее предоставил слово докладчикам.

**1. Проф. А.М. Калинина** (ФГУ ГНИЦ профилактической медицины).

«Технологии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения».

В докладе представлено научное обоснование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Актуальность вопроса профилактики сердечно-сосудистых заболеваний определяется тем, что они являются главной причиной преждевременной смерти, нетрудоспособности и огромных затрат на охрану здоровья в большинстве стран. Эпидемиологическая ситуация является основой стратегии профилактики. Перечислены семь (курение, алкоголь, возраст, пол, ожирение, низкая физическая активность, гиперхолестеринемия) факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и показана степень их значимости. Изложены технологии профилактики в практическом здравоохранении: технологии выявления (профилактические и диспансерные осмотры); управления (профилактическое консультирование (школы для пациентов и др.); контроля (диспансерное наблюдение) и профилактического вмешательства (медикаментозное и немедикаментозное). Все перечисленные технологии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний направлены на снижение суммарного сердечно-сосудистого риска развития заболеваний и сохранения трудового и жизненного потенциала общества. Даны новые рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (от профилактики ИБС к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, мотивируя тем, что этиология инфаркта миокарда, ишемического инсульта и поражения периферических артерий сходна). Обращено внимание на то, что оценка суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний должна быть необходимой частью истории болезни каждого больного. У лиц с клиническими проявлениями ИБС, при любом количестве факторов риска, прогноз значительно хуже, чем у лиц без ее симптомов. Коррекция факторов риска у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями является составной частью тактики лечения. Перечислены приоритетные группы больных, подлежащих профилактике в клинической практике: больные с атеросклерозом коронарных, церебральных и периферических сосудов, СД типа 1 и 2 с микроальбуминурией, с значительным повышением одного фактора риска (ОХС 18 ммоль/л; ХСЛНП 16 ммоль/л; АД 118/110 мм рт. ст.) и т. д. Изложены основные профилактические мероприятия, которые следует проводить больным ССЗ и пациентам с высоким риском их развития: не курить, соблюдать диету (увеличить потребление овощей и фруктов, хлеба грубого помола, рыбы), повысить физическую активность, адекватно контролировать уровень гликемии у больных СД, ОХС (<5 ммоль/л) и ХСЛНП (<3 ммоль/л). Выявление АГ, дислипидемии и гипергликемии при осмотре является основанием для назначения медикаментозного лечения. Перечислены группы больных которым следует назначать профилактические медикаментозные средства: БАБ — после инфаркта миокарда или при дисфункции ЛЖ, связанной с ИБС, иАПФ — больным с дисфункцией левого желудочка, обусловленной ИБС и/или АГ, аспирин или другие антиагрегационные средства — фактически всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями с учетом их возможных нежелательных побочных эффектов, и т. д. Важным этапом эффективности профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является повышение технологии снижения сердечно-сосудистого риска на индивидуальном уровне (программы обучения — школы здоровья, повышение эффективности индивидуального профилактического консультирования, изменение подхода к терапии). Приведены модели врачебного консультирования (активная, пассивная и нейтральная) и положения об организации деятельности школы здоровья для больных АГ (Приказ МЗ РФ от 24/01/2003 г. № 4). Подчеркнута эффективность технологий обучения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Обращаемость

больных с АГ к врачам после индивидуального обучения уменьшилась на 52%, вызовы скорой помощи сократились в 3 раза, прием препаратов «старого» поколения — в 7,7 раз. Программа многофакторной профилактики (выявление + лечение + коррекция ФР + контроль) снижает смертность больных с АГ, ИБС на 40–50%. Таким образом, эффективные технологии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в практическом здравоохранении — это обеспечение замкнутого цикла технологий (выявление — коррекция риска — контроль), позволяющие снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений, уменьшить финансовые затраты на лечение и сохранить жизнь больным. В заключение приведена цитата средневекового философа — врача Маймонида, касающаяся профилактического принципа в медицине: «Врачебная работа включает наблюдение за тремя группами людей: первая — группа здоровых лиц (врач учит здоровых людей сохранять здоровье); вторая — больные люди (цель врача — вернуть утраченное здоровье); третья — ослабленные и пожилые люди, выздоравливающие (цель — организовать уход и создать благоприятные условия для достойной жизни).

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** «Может ли врач за 15 мин, которые отводятся на приеме для больного, говорить так подробно о профилактике ССЗ, как Вы представили в своем докладе? Может быть, эту работу следует поручить специалисту, занимающемуся профилактической медициной?»

**Ответ:** «Специальные центры по профилактике ССЗ (центры здоровья) планируется создавать в ближайшее время. Однако дать совет больному, например, о вреде никотина или алкоголя не требует много времени и врач может это делать».

**2. Д.м.н. Г.А. Барышникова** (кафедра семейной медицины УНЦ МЦ УДП).

«Возможности улучшения прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях».

Россия по смертности от ИБС и инсульта занимает одно из первых мест в Европе, где ежегодно от ССЗ умирает 1,2–1,3 млн человек (среди них ИБС составляет 46,9%, ЦВЗ — 37,6%). Изложены основные механизмы развития ССЗ и их осложнений. Подчеркнуто, что 35–45% случаев заболеваемости и смертности от ССЗ связаны с АГ (АГ — киллер № 1). Перечислены изменяемые (СД, ожирение, дислипидемия, курение, алкоголь) и неизменяемые (возраст, наследственность, состояние после менопаузы) факторы риска развития АГ. Даны схемы ее лечения. Основная цель лечения АГ: снижение АД до целевого уровня (в общей популяции — < 140/90 мм рт. ст., при сочетании АГ с ИБС, СД, метаболическим синдромом и др. патологией — < 130/80–125/75 мм рт. ст.); коррекция всех модифицируемых ФР и защита органов-мишеней (сердце, головной мозг, почки, сосуды); лечение сопутствующих заболеваний. Перечислены основные классы антигипертензивных препаратов (иАПФ, АК, БАБ, блокаторы рецепторов АТ1, диуретики) и даны рекомендации по их выбору при АГ (ВНОК, 2008 г.). БАБ показаны больным при стенокардии, после перенесенного инфаркта миокарда, ХСН — тахикардии, иАПФ — при ХСН, дисфункции левого желудочка, после инфаркта миокарда, нефропатии, протеинурии, тиазидовые диуретики — при ХСН, ИСАГ, АГ у пожилых, петлевые диуретики — ХПН, ХСН и т. д. Перечислены абсолютные и относительные противопоказания к назначению антигипертензивных препаратов, а также факторы, которые следует учитывать при их назначении (предыдущий опыт лечения, особенности поражения органов-мишеней, возможное взаимодействие с другими лекарствами, влияние на сексуальную функцию, их стоимость и др.). Выбор антигипертензивных препаратов должен быть индивидуализирован, однако подчеркнуто, что из существующих препаратов предпочтение следует отдавать АК II и III поколения, преимущественно рекомендуется назначать Нифедипин (биоэквивалент Нифедипину YITS) — это пролонгированный дигидропиридиновый АК (АД снижает плавно, функцию эндотелия улучшает, риск развития ССЗ уменьшает на 50%, показаны для лечения АГ в сочетании с ИБС, СД, метаболическим синдромом, ЦВЗ, легочной патологией и др.). Даны дозы, режим приема, перечислены негативные эффекты АК (касаются в основном АК I поколения). Больным АГ с высоким и очень высоким риском развития ССО назначать предпочтительно комбинации антигипертензивных препаратов (АК + БАБ, диуретики + иАПФ, диуретики + АК и т. д.). Поскольку кроме АГ, наиболее частой причиной развития ССЗ и их осложнений является атеросклероз, обуславливающий 1/2 всех смертельных случаев, приводятся рекомендации по его профилактике. Прежде всего необходима коррекция нарушений уровня липидов. Целевые уровни ХС ЛПНП должны составлять 2,5–3,0 ммоль/л при наличии ИБС и факторов риска (рекомендации ВНОК — 2004). Для коррекции липидных нарушений прежде всего назначаются статины и предпочтение

следует отдавать препарату Аторвастатин Лек — Тулип. Препарат обеспечивает максимально быстрый гиполипидемический и противовоспалительный эффект, превосходит другие статины по снижению ЛПНП, ТГ и по переносимости и т. д.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** «Почему при необходимости назначения АК предпочтение следует отдавать Нифедипину ХЛ?»

**Ответ:** «Об этом говорилось в докладе, препарат пролонгированного действия и не приводит к колебаниям концентрации Нифедипина в плазме крови, что позволяет свести к минимуму его побочные эффекты, свойственные короткодействующим и ретардным формам».

**3. Проф. В.А. Парфенов** (ММА им. И.М. Сеченова).

«Изменяемые и неизменяемые факторы риска, профилактика ишемического инсульта».

Смертность от ССЗ и их осложнений в России остается одной из самых высоких. Обсуждаются факторы риска ишемического инсульта. Перечислены неизменяемые (увеличение веса, мужской пол, наследственность, раса, этнические группы, вес при рождении) и изменяемые (АГ, ИБС, СД, курение, стеноз сонной артерии, ожирение, гиперхолестеринемия, алкоголь, недостаточная физическая активность) факторы риска ишемического инсульта. Изложены методы его профилактики. Методы нелекарственные (отказ от курения и злоупотребления алкоголем, диета, достаточная физи-



ческая активность) снижают относительный риск развития ишемического инсульта на 30–40%. Методы лекарственные (нормализация АД на основе АГП, антиагрегационные средства, снижение холестерина ЛПНП, при выявлении стеноза сонной артерии проведение своевременного хирургического лечения). Нормализация АД в среднем снижает частоту развития ишемического инсульта на 35–44%; снижение ЛПНП на 10% при лечении статинами уменьшает риск развития инсульта на 15,6%. Антиагрегационные средства снижают риск развития ИИ на 16–28%. При выявлении стеноза сонной артерии (сужение более 60% диаметра у мужчин) рекомендуется хирургическое лечение (каротидная эндартерэктомия и стентирование). Наиболее эффективна вторичная профилактика И. Комбинация нескольких методов профилактики (диета, физическая активность, антиагрегационное средство, статины, нормализация АД) снижает риск развития повторного инсульта на 80%, предупреждает 4 из 5 возможных инсультов. Подчеркнуто, что в действительности профилактика ишемического инсульта проводится крайне недостаточно, т. к. большинство людей, имеющих высокий риск развития инсульта, не проводят его профилактику, либо принимают (курсами или постоянно) лекарственные средства, эффективность которых не доказана.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** «Что следует учитывать при выборе лечения бессимптомного стеноза сонной артерии?»

**Ответ:** «При выборе лечения (хирургического или консервативного) необходимо учитывать сопутствующие заболевания, ожидаемую продолжительность жизни, пациенту необходимо сообщить не только преимущества операции, но и возможный ее риск».

**Вопрос:** «Статины улучшают когнитивные функции?»

**Ответ:** «Пока таких данных нет, а вот антигипертензивные препараты точно улучшают».

**Вопрос:** «Какое самое лучшее антиагрегационное средство?»

**Ответ:** «Аспирин — самый эффективный препарат, но он очень дорогой».

**Заключение.**

Т.о., в заключение сказал Парфенов, стратегия профилактики ССЗ основана на выявлении и коррекции целого ряда факторов, предрасполагающих к их развитию, среди которых в качестве одного из главных рассматривается повышенный уровень АД. Задача врача состоит в своевременном выявлении и коррекции факторов риска развития ССЗ, что будет способствовать предупреждению возможного развития фатальных (инсульт, инфаркт миокарда) осложнений.

Поблагодарил докладчиков.

## ИнтерНьюс

### В шотландских школах начали обучать сну

В четырех средних школах шотландского города Глазго ввели экспериментальные уроки, на которых подростков учат правильно спать. Программу уроков сна разработала Никки Кэмерон из организации Sleep Scotland и предложила городскому совету провести ее в школах. Поводом для такой инициативы стали результаты проведенного организацией исследования сна школьников. В ходе этого исследования выяснилось, что среднестатистический шотландский подросток отходит ко сну между 23:00 и полуночью, однако, лежа в постели, часами смотрит телевизор, играет в видеоигры или выходит в интернет. В итоге многие школьники спят ночью не более четырех часов. Такая нехватка сна приводит к раздражительности, частым переменам настроения, необщительности, быстрой утомляемости, ухудшению памяти и внимания. Кроме того, как показало исследование, она на 71% повышает риск депрессии и тревожности ожирения, и личностных расстройств. На новых уроках ученикам объясняют, что им требуется не менее девяти часов сна, а получить его можно, лишь укладываясь в темноте и тишине, при этом ни в коем случае нельзя брать с собой в постель любые электронные устройства или включать их в комнате (даже слабый свет от телевизора или монитора возбуждает нервную систему, мешая заснуть). Сила воли в этом вопросе, говорят преподаватели, будет быстро вознаграждена повышением успеваемости и улучшением спортивных достижений. По словам Кэмерон, научить подростков правильно спать можно за два урока. Третий урок предназначен родителям: они учатся, как обеспечить ребенку полноценный сон. Sleep Scotland рассылает вестники подобный курс и в других школах Шотландии. Независимый эксперт по вопросам сна Нейл Стэнли призвал не ограничиваться этим и преподавать навыки правильного сна по всей Великобритании. «Правительство тратит миллионы фунтов на обучение подростков диетам и упражнениям, и странно, что вопросы сна оставлены без внимания», — заметил он.

Источник: medportal.ru

### Под Токио строят город для пожилых японцев

Уникальный городок для пожилых людей с возможностью вести активный образ жизни, следить за здоровьем и при желании работать спланирован в Японии, где к 2030 году более 30% населения будут приходиться на людей старше 65 лет. Этот комплекс разместится на территории примыкающего к Токио населенного пункта Касива, откуда до центра столицы — примерно полчаса на электричке, сообщили в понедельник организаторы проекта. С помощью экспертов Института геронтологии Токийского университета муниципальные власти разработали проект сноса существующих в Касива кварталов пятиэтажек и строительства на этой территории комплексов высотных домов. В центре каждого из них будут медицинские центры, обеспечивающие обитателям 24-часовой уход, в том числе и с помощью приходящего персонала. Рядом разместятся рестораны, которые призваны выполнять также роль фабрик-кухонь и постоянно работающих клубов для общения. Как показывают исследования, в Японии многие люди «за семьдесят» еще физически активны и готовы трудиться, но не хотят каждый день трястись в переполненных электричках на работу. Для них в комплексах подготовлены различные мастерские, бизнес-центры и даже фермы на крышах домов для выращивания цветов и экологически чистых овощей. Пожилым людям могут предложить поработать и в детских садах, группах продленного дня для школьников. В случае удачного эксперимента такие проекты будут осуществляться и в других районах быстро стареющей Японии, чтобы сделать ее инфраструктуру более дружелюбной для пожилых людей.

Источник: NEWSru

### Профилактика выгодна или нет?

Британские исследователи показали, что массовый скрининг на сердечно-сосудистые заболевания может быть экономически не целесообразным и не оправданным в популяционных масштабах, стратегии целевого скрининга целесообразнее и позволяют выявить 84% лиц с высоким риском. Джил Пелл (University of Glasgow, Великобритания) с коллегами сравнили эффективность и экономическую целесообразность различных стратегий профилактического скрининга (моделирование на основе кросс-секционного исследования SHS с участием 3921 человека в возрасте 40—74 года. Массовый скрининг позволил выявить все случаи высокого риска ССЗ, для выявления одного лица с высоким риском необходимо скринировать 16 человек, затраты — 370 фунтов стерлингов на выявление 1 случая высокого риска. При целевом скрининге лиц с низким социальным статусом и семейным анамнезом ССЗ можно выявить 84% лиц с высоким риском с затратами 141 фунт стерлинга на 1 выявленный случай высокого риска.

Источник: Heart 2010; 96: 208—212

Начало на стр. 3

## ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ от 29 октября 2010 г.

### Сопредседатели секций:

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

### Повестка дня: «Коморбидность в кардиологии. Нефропатия: пусковой механизм или мишень?»

Заседание открыла М.Г. Глезер. Коморбидность в кардиологии является одной из важных проблем, сказала она. Сегодня будет обсуждаться вопрос, касающийся поражения почек у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. ХПН вносит большой вклад в сердечно-сосудистые заболевания, утяжеляя их течение и затрудняя лечение, особенно это выражено у больных с АГ, ХСН. Известно, что больные с АГ раньше умирали от инфаркта миокарда, не доживая до ХПН. Новые препараты, используемые в настоящее время, продлевают жизнь больных с АГ, предупреждают развитие фатальных осложнений, вместе с тем, мы чаще стали наблюдать у них развитие ХПН. Слово предоставила докладчику.

1. Д.м.н. В.В. Фомин (НИЦ ММА им. И.М. Сеченова)  
«Коморбидность в кардиологии. Нефропатия: пусковой механизм или мишень?»

Изложена взаимосвязь сердечно-сосудистых заболеваний с хронической болезнью почек. Поражение почек развивается у 60% больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, чаще идет параллельно с ними, утяжеляя их течение, способствуя более частому развитию фатальных осложнений. Перечислены признаки поражения почек у кардиологических больных: альбуминурия (в том числе микроальбуминурия; гиперкреатининемия; снижение скорости клубочковой фильтрации). Микроальбуминурия — частый и ранний признак поражения почек у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Существуют качественные и количественные тесты диагностики микроальбуминурии, они просты, доступны, проводятся быстро в динамике, их результаты интерпретируются однозначно. Потенциальными индукторами микроальбуминурии является сочетание индукторов, характерных для метаболического синдрома. Поражение почек, сочетанное с сердечно-сосудистыми заболеваниями обозначают термином кардиоренальный синдром. Первое место среди факторов риска развития хронической болезни почек занимает дисфункция эндотелия.

Возникновение альбуминурии (наиболее частый признак поражения почек) увеличивает вероятность смерти больных с ХСН; повышает риск развития тромбоэмболических осложнений; при СД типа 2 значительно осложняет лечение сердечно-сосудистых заболеваний, а у больных с АГ способствует развитию ишемических лакун в головном мозге (у них чаще развивается деменция). Подчеркнуто, что любой уровень альбуминурии опасен с прогностической точки зрения у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Почечная недостаточность ухудшает прогноз при инфаркте миокарда с зубцом Q; при декомпенсированной ХСН госпитализация и пребывание больных в стационаре увеличивается в 1,3 раза и т. д. Поражение почек у больных с АГ, ХСН ухудшает прогноз еще и потому, что некоторые препараты (иАПФ; сартаны; АК; петлевые диуретики и др.), с эффектом используемые для их лечения, применять не рекомендуется, они ухудшают функцию почек, особенно у лиц пожилого возраста.

Перечислены признаки, указывающие на ишемическую болезнь почек (пожилой возраст, высокое систолическое АД, низкая СКФ, СД) и причины нарастания почечной недостаточности при данной патологии. Подчеркнуто, что медикаментозные препараты являются частой причиной развития почечной недостаточности (иАПФ составляют 88,4%; НПВП — 3,1%; антибиотики — 3,1% и т. д.). У больных с ССЗ возможно развитие холестериновой эмболии почечных артерий. Холестериновая эмболия почечных артерий возникает у больных с распространенным атеросклерозом в 12% случаев и у 77% пациентов, которым выполнялись хирургические вмешательства на сердце, аорте. Перечислены характерные признаки холестериновой эмболии внутри почечных артерий (нарастание АГ, цианоз пальцев нижних конечностей, боль в животе, неврологическая симптоматика и др.) и неспецифические (лихорадка, увеличение СОЭ и С-реактивного белка, эозинофилия). Даны факторы, влияющие на прогноз холестериновой эмболии внутри почечных артерий (в 87% случаев — ятрогенная природа). Таким образом, поражение почек у кардиологических больных встречается очень часто, многие механизмы их развития едины.

Порой сложно решить, что развивается первично — поражение почек, и на этом фоне возникает сердечно-сосудистая патология, или, наоборот, к сердечно-сосудистым заболеваниям присоединяется поражение почек. Поражение почек значительно лимитирует возможности лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, существенно ухудшая общий прогноз. Унифицированных подходов к лечению таких больных нет, врачам надо стремиться к тому, чтобы как можно раньше выявить признаки ХПН.

### Вопросы к докладчику.

Вопрос: «Какой лабораторный метод является наиболее точным для выявления раннего поражения почек у кардиологических больных?»

Ответ: «Определение С-реактивного белка в сыворотке крови, но это исследование является дорогостоящим и применение его пока ограничено. Всем больным обязательно проводится биохимическое исследование крови, которое включает определение мочевины, креатинина, электролитов, кальция, они не специфичны, не важны для диагностики. Обязательно делается общий анализ крови, т. к. почечная патология нередко сопровождается анемией».

Реплика П.А. Воробьева:

«Кроме указанных параметров, всем больным подряд исследуется холестерин, билирубин и другие показатели, я считаю, что делать этого не следует. Проведение каждого лабораторного теста должно быть обосновано».

Вопрос: «Проба Зимницкого

используется для диагностики поражения почек?»

Ответ: «Да, проба эта применяется, она очень информативна, делается большинству больных, и, если выполняется по правилам, то помогает выявить раннее поражение почечных канальцев. Более того, эту пробу рекомендуется применять не только при патологии почек, но и, например, у больных, длительно принимающих НПВП, она может выявить предболезнь почек. В амбулаторных условиях ее выполнение сопряжено с определенными трудностями».

Замечание П.А. Воробьева: «Известно о том, что антиромбоцитарная терапия в некоторых случаях предотвращает сосудистые осложнения у больных с почечной недостаточностью, в то же время, заболевания почек сопровождаются риском увеличения кровотечений. В этой связи, по-видимому, целесообразно исследовать свертывающую систему у больных с поражением почек и при необходимости назначать тромболитические препараты, тем более что сейчас уже есть новые гепарины для приема внутрь, механизм их действия другой. Однако в докладе это не прозвучало».

Ответ: «Да, это действительно так, мы мало занимаемся этим вопросом, но внедрять методики надо, делать это будем, тем более что для лечения больных с кардиоренальным синдромом в некоторых случаях используется антиромбоцитарная терапия».

Вопрос: «Какая наиболее частая причина стеноза почечных артерий?»

Ответ: «Стеноз почечных артерий в 2/3 всех случаев обусловлен атеросклерозом».

Вопрос: «Какова эффективность хирургических вмешательств у больных со стенозом почечных артерий?»

Ответ: «Не более чем у 30% больных».

Вопрос: «Если больной с почечной недостаточностью находится на гемодиализе, как быть с препаратами, которые он принимает внутрь?»

Ответ: «За исключением диуретиков, лечение, начатое до помещения больных на диализ, может быть продолжено, лишь бы эти препараты «работали», специальных рекомендаций нет».

### Заключение.

В заключение М.Г. Глезер поблагодарила докладчика за полезное и информативное сообщение. Подчеркнув еще раз, что подходить к лечению больного необходимо инди-

видуально, например, однозначно отвергать иАПФ неправильно, при необходимости назначать их при кардиоренальном синдроме можно, они, прежде всего, влияют на системную гипертензию, а за функцией почек в таких случаях следить надо более тщательно. Если же все-таки иАПФ применять нельзя, то назначаются АК (недигидропиридины). Из группы БАБ показан карвединол, есть сведения в литературе, что препарат приносит пользу больным с почечной недостаточностью. С больными надо больше говорить о вреде многих других препаратов, которые они принимают. Так, например, бездумный и бесконтрольный прием НПВП, ненаркотических анальгетиков может быть очень опасным, т. к. они способствуют развитию почечной недостаточности. При лечении больных врачи всегда должны думать о возможных дополнительных, порой отрицательных эффектах препаратов, особенно при проведении длительной комплексной терапии.

## Внимание! В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга!

ЗАТРАТЫ,  
КАЧЕСТВО  
И РЕЗУЛЬТАТЫ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

КНИГА ТЕРМИНОВ ISPOR

РЕДАКТОРЫ  
Мих. Л. Бергер  
Кристина Виттерберг  
Зоя С. Кидалева  
Крис Л. Пайпер  
Джордж В. Торрант

ОТВЕТСТВЕННЫЙ  
РЕДАКТОР  
Марселен Дикс Селен



МЕДИЦИНСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ  
БАЛАНСИРОВКА ИССЛЕДОВАНИЙ  
И ЭКОНОМИКА

Значение искусства для нравственного здоровья человека общеизвестно. Менее общепринятым является вопрос о влиянии искусства на его физическое оздоровление. Во все времена музыка сопровождала человека по его жизненному пути. Человечество эволюционировало, параллельно с ним развивалась и музыка, становясь сложнее, интереснее и выразительнее, обретая тот статус, который теперь принято называть «бальзамом души». Музыка сопровождает нас в бедах и невзгодах, в радостях и счастье, сопереживая этим чувствам. Здоровую жизнь

сознательного человека поддерживают не только питание и дыхание, но и его способности к восприятию. Органы чувств — это инструменты нашего мировосприятия, и целительные силы искусства связаны с их гармоническим развитием. Сведения о целительном действии искусства и, в частности музыки, известны издревле. У античных авторов мы находим множество свидетельств, касающихся воздействия музыки на психическое и физиологическое состояние человека. Во времена Древней Греции и Древнего Рима музыка являлась средством воспитания, воздействия на умонастроение людей, лечения тела и души, наукой о числах и пропорциях. В Древнем Китае и Древней Индии музыка также играла большую роль. Лечение душевных и физических расстройств осуществлялось посредством воздействия определенных ладов музыкальных инструментов на связанные с ними психофизиологические состояния. Индийская музыка основывалась на идее единства Вселенной и законах ритма, воздействующих на духовную сущность человека.

Первые попытки научного осмысления музыкотерапии относятся к концу XIX — началу XX века. В 1913 году в России по инициативе В.М. Бехтерева было основано «Общество для выяснения лечебно-воспитательного значения музыки и ее гигиены». Такие выдающиеся российские врачи, как В.М. Бехтерев, И.М. Догель, И.М. Сеченов, И.Р. Тарханов, И.П. Павлов и др. анализировали экспериментальные и клинические данные о положительном влиянии музыки на сердечно-сосудистую, дыхательную, нервную и другие системы организма. И.Р. Тарханов в 1893 г. в работе «О влиянии музыки на человеческий организм» описывал, что радостная музыка ускоряет выделение пищеварительных соков и улучшает аппетит, увеличивает работоспособность мышц и может снять мышечную усталость. При этом минорные аккорды расслабляют, а мажорные усиливают работу мышц. В исследованиях Ш. Фере, проведенных в 1900 г., было продемонстрировано, что угнетают, ослабляют выносливость мышц и двигательную активность чрезмерно сильные, монотонно повторяющиеся диссонансирующие звуки. Усиливают работоспособность и выносливость мышечной системы консонирующие звуки, умеренные по силе и приятные по звучанию. Экспериментальные исследования в области слухового восприятия показали, что слушающий музыку воспроизводит музыкальный ритм своим двигательным аппаратом и беззвучно повторяет, «пропевает» музыку, причем в беззвучных сокращениях голосовых связок точно отражается частота, громкость и длительность воспринимаемых звуков. Музыка давно используется для лечения психически больных. В «призренский» период (XIX век) французские врачи-психиатры Ж.Д. Эскироль и Ф. Пинель считали музыку средством успокоения психически больных, а также средством укрепления личности больного, осознания им процесса выздоровления. Отечественные ученые П.А. Бутковский, П.П. Малиновский, И.М. Балинский, И.Е. Дядьковский, П.И. Ковалевский, С.С. Корсаков, В.П. Сербский, С.И. Консторум придавали большое значение музыке в системе лечения психически больных и использовали музыку как средство «психического отвлечения» в медицинских учреждениях. С.С. Корсаков писал, что музыка как способ развлечения довольно хорошее средство, в котором психически больной может проявить некоторую самостоятельность и талантливость. В психиатрических больницах широко применялось пение, которое помогало при лечении помешательства. Действие пения объяснялось тем, что вместе с приятными звуками ясно выражается мысль. Изучение влияния музыки на течение психоневрологической патологии получило дальнейшее развитие в научно-практических работах отечественных и зарубежных ученых последних десятилетий (Брусиловский Л.С., 1985; Гринева И.М., 1986; Могендович М.Р., Полякова В.Б., 1966; Полякова В.Б., 1968; Кемпбелл Д., 1999 и др.). В ходе этих исследований выявлялись формы проведения музыкотерапии, виды музыкальной дея-

тельности, музыкальный материал (виды музыкальных произведений), которые положительно влияют на состояние пациента. В современных исследованиях ряда отечественных и зарубежных ученых были выявлены изменения электроэнцефалограммы, кожно-гальванических реакций, электрокардиограммы, возникающие при прослушивании музыкальных произведений, отличающихся по характеру, темпу, ритму, динамике. Такие психофизиологические воздействия объясняются эмоциональными реакциями человека, слушающего ту или

## Эскулап — сын Аполлона, или целительная сила искусства

М.С. Томкевич, Е.И. Нисневич (Москва)

*Из древнегреческой мифологии пришел к нам златокудрый красавец бог Аполлон, который покровительствует художникам, поэтам, певцам и музыкантам. Легенда рассказывает, как с серебряным луком за плечами и с кифарой — музыкальным инструментом античной Греции — в руках пронесился он над морской пучиной, над горами и ущельями, разил стрелами злых врагов в образах безобразных чудовищ и, притрагиваясь к золотым струнам кифары, пел торжествующую, победную песнь. Легенда также гласит, что Аполлон взрастил двух сыновей. Один из них Орфей — певец и музыкант. Другой — Эскулап, овладевший врачебным искусством и ставший богом-целителем. До сего времени медики почитают его.*



иную музыку. Известный французский отоларинголог А. Tomatis (1991, 1996) исследовал влияние звуков высокой частоты на психику человека. Он показал, что воспринимаемые звуковые колебания преобразуются в электрические импульсы и по слуховым нервам направляются в мозжечок и лимбическую систему, а также через подкорковые образования в кору головного мозга, регулирующие высшие психические функции человека. Обосновывая значимость терапии искусством для лечения пациентов, известный американский психотерапевт М. Бегенски (2002) пишет: «Когда мы видим глазами или слышим ушами, это не значит, что функционируют только глаза или уши, все тело сознает, что различил глаз в видимом мире и что услышало ухо в звуковом мире». В своей книге по музыкотерапии Г.Г. Декер-Фойгт (2003) пишет, что «стоит мне сыграть одну-единственную ноту на своем инструменте, происходит что-то такое, как будто я весь мир привел в движение». Те или иные мелодии могут поднимать артериальное давление или понижать его, убыстрять пульс или замедлять. Имеют значение такие звуковые характеристики, как высота тона, его частота вибрации, громкость, обертона, тембр, ритм и др. Даже в разговоре мы ориентируемся на мелодию речи, ее ритм, окраску голоса, динамику. Звуки низкой частоты в основном оказывают негативное действие. Они вызывают упадок сил, депрессию, ощущение опасности. Высокие частоты звука способствуют активизации физических и психических сил. Гармонические обертоны — тонкие еле уловимые призвуки высокой частоты оказывают позитивное влияние на человека, поэтому весьма полезно слушать игру на музыкальном инструменте, производящем широкий диапазон обертонов. К таковым относятся струнные инструменты, как например, арфа, скрипка, альт, виолончель, лира, деревянные (флейты) и медные духовые инструменты (тромбон, валторна), орган, фортепиано. Из народных инструментов широким диапазоном обертонов обладают гусли, варган, поющие тибетские чаши, индийский ситар и т. д. А самый близкий инструмент с большим количеством обертонов, инструмент, который всегда с нами — это наш голос. Древние китайцы, индийцы и греки открыли гармоники (сложные гармонические колебания), которые совершает каждый точно настроенный музыкальный инструмент, а также голосовые связки человека. Они придают отдельным звукам и музыке насыщенность и богатство звучания. Естественные гармоники воспринимаются в музыке и пении как приятные, ласкающие слух, успокаивающие, в отличие от диссонансных или хаотичных звуков, неприятных и тревожащих. В музыкотерапии есть две методики — пассивная, когда пациент слушает исполнение музыкального произведения, эффективность которого зависит от правильного выбора и талантливости автора и исполнителя, и активная, когда значимей становится самовыражение пациента, а не его талант исполнителя. Активной методике музыкотерапии отводится значимая роль, но выбор методики зависит от со-



Аполлон-Кифаред

стояния пациента, иногда в начале лечения используют пассивную методику прослушивания с постепенным переходом на активную. Г.Г. Декер-Фойгт выделяет два вида музыки: так называемую эрготропную с преобладанием мажора, диссонанса, ритма и громкости, и тротропную музыку, в которой преобладает минор, ритмы не так подчеркнуты, выражена консонантность, гармония, музыка негромкая, нежная. Каждая разновидность обладает определенным воздействием на организм, независимо от того, нравится нам или нет, выбрали мы эту музыку или вынуждены слушать через соседскую стенку. Музыка не опасна сама по себе, такой ее могут сделать люди, например, через излишнюю громкость и ритмизацию. Громкость более 65 дБ негативно влияет на вегетативную нервную систему человека. Действие рока, перегруженного звучанием ударных, в 50–60-е годы повергало слушателей в состояние, аналогичное наркотическому дурману. Трехдольность вальса заставляет «летать», а двух- или четырехдольность марша «гонит вперед». Не зря великий русский полководец А.В. Суворов сказал, что «музыка удваивает, утраивает армии», а Наполеон считал одной из причин провала войны 1812 г. слабость маршей и недостаток музыкального подкрепления. Еще в далекие времена в Китае Конфуций сказал, что «правильной музыкой можно управлять государством». М. Лонгенберг (2002) считает, что наиболее полная систематизация музыкотерапевтического направления проведена последователями Р. Штайнера. Они смогли систематизировать не только психофизиологическое влияние музыки, но и подробно определить особенности применения музыкотерапии для лечения ряда заболеваний.

Например, при воспалительных заболеваниях предпочтительней музыкальные мотивы с минором, узкими интервалами, короткими тонами, быстрым темпом, громкой игрой и др. При дегенеративных заболеваниях, напротив, предпочтительней большие интервалы, мажор, долгие тоны и тихая игра. Рядом авторов установлено в ходе многочисленных опытов, что спокойная музыка ведет к уменьшению амплитуды электромагнитных волн головного мозга. Одновременно происходит синхронизация работы левого и правого полушарий, что резко повышает способность к интеллектуальной деятельности (Цветкова Л.С., 1985; Шипулин Г.П., 1966; Кемпбелл Д., 1999). Проблемы суставных заболеваний, сексуальные расстройства лечат четко выстроенной, в определенной степени маршевой музыкой, исполняемой, как правило, басом на фоне барабанного сопровождения. Зарубежные исследователи (Berendet J.-E., 1988; Clynes M., 1982) сообщают о влиянии музыки на обмен холестерина и выработку эндорфинов; спокойная по характеру музыка способствует расслаблению, переключению вегетативной нервной системы в тротропном направлении, а возбужденная взволнованная музыка вызывает эрготропную реакцию. При циклотимии, циркулярном психозе, депрессии рекомендуется слушать ноктюрны, элегии, колыбельные. Музыкотерапия активно используется в процессе восстановительного лечения больных с разными формами афазии. Активно используется пение, поскольку пение остается сохранным при афазии и способствует восстановлению устной речи, улучшению эмоционального состояния, повышению активности и постепенному переходу к нормальной жизни (Цветкова Л.С., 1985). Нежные скрипичные мелодии или же исполняемые на фортепиано успокаивают, врачуют, оздоравливают. Было замечено, что игра на кларнете положительно влияет на кровообращение, такая музыка нормализует сердечно-сосудистую систему. В Индии считают, что когда «медицина бессильна» (при хронических неизлечимых заболеваниях), киртан «творит чудеса». Каждый музыкальный инструмент имеет в этом смысле свое лицо. Человек, впервые вошедший в кабинет музыкотерапевта, может растеряться от обилия музыкальных инструментов. Гонг, ксилофон, колокольчики, африканские барабаны, литавры, цимбалы, флейты, диджериду, арфы, лиры, кротта, волынки и многое другое — все это выглядит как профессиональная мастерская, где для каждого инструмента есть свое место приложения. Апробация музыкотерапии на базе санатория «Алтайский замок» (Маруховский М.В., 2006), в одном из маммологических диспансеров Москвы под эгидой фонда гендерных исследований (Семикопенко В.А., 2003), в педиатрической практике при лечении бронхиальной астмы (Протопопов А.А. и соавт., 2007), а также из личного опыта авторов при лечении разнообразной патологии позволяют сделать вывод о высокой клинической значимости музыки как одного из направлений искусствоведческой и выразительной надежды на ее более широкое и квалифицированное внедрение в практику отечественного здравоохранения.

## ИнтерНьюс

### Здоровый образ жизни всем!

Нездоровый образ жизни лабораторных крыс и мышей, в том числе их малоподвижность и избыточный вес, негативно сказываются на результатах биомедицинских исследований. К таким выводам пришли исследователи из американского Национального института старения в Бетесде, штат Мериленд. По мнению ученых, содержащиеся в стандартных условиях лабораторные крысы и мыши, как правило, имеют свободный доступ к корму и при этом ограничены в физической активности. Сочетание этих факторов приводит к развитию у животных избыточного веса и ряда хронических заболеваний. Такое положение дел приводит к существенному искажению результатов научных исследований. Например, действие экспериментальных препаратов или изменение условий среды сказываются на больных грызунах иначе, чем на их здоровых собратьях. К примеру, подобными искажениями, по мнению авторов исследования, объясняются данные о благотворном влиянии низкокалорийных диет на продолжительность жизни экспериментальных животных. Нарушения обмена веществ, связанные с избыточным весом или ожирением у лабораторных животных, не могут не сказаться на результатах исследований новых методов лечения онкологических, неврологических заболеваний, а также различных нарушений функций иммунной системы. Для устранения указанной проблемы исследователям следует строго контролировать рацион лабораторных животных, а также в обязательном порядке помещать в их клетки беговые колеса.

**Источник:**

<http://vechnayamolodost.ru>

### Мишель Обама пересадит американцев на обезжиренное молоко

Первая леди США Мишель Обама представила государственную кампанию по борьбе с ожирением. Кроме того, она заявила о намерении в течение нескольких недель запустить собственную кампанию по борьбе с лишним весом у детей. Программа действий в рамках государственной кампании была разработана главным врачом службы здравоохранения США Региной Бенжамин. Она представила доклад о последствиях ожирения и других заболеваний, связанных с избыточным весом. Подготовленный Бенжамин документ содержит ряд предложений по профилактике ожирения: от увеличения количества потребляемых овощей и фруктов до внедрения в школах новых программ физического воспитания и строительства супермаркетов в местах проживания малообеспеченных групп населения. Мишель Обама в свою очередь сообщила, что знает о проблеме избыточного веса не понаслышке. По ее словам, семейный педиатр обратил внимание на изменения индекса массы тела дочерей первой леди. После этого жена президента США запретила дочерям смотреть телевизор по будням, стала давать им обезжиренное молоко и воду на завтрак, а также включила в рацион детей больше фруктов и овощей. Первая леди добавила, что через несколько месяцев семейный врач был удивлен положительным изменениям в состоянии здоровья девочек. Министр здравоохранения США Кэтлин Себелиус отметила, что американское правительство выделило 650 миллионов долларов на поддержку программ профилактики ожирения и борьбы с курением.

По информации Себелиус, избыточный вес имеют две трети взрослых американцев и каждый третий ребенок. Около 17 процентов таких детей страдают ожирением. Затраты системы здравоохранения США на лечение ожирения и сопутствующих ему заболеваний достигают 150 миллиардов долларов в год.

**Источник:**

[Los Angeles times](http://Los Angeles times)

Каждый российский доктор когда-то учил, что определение размеров печени осуществляется по методу М.Г. Курлова. Михаил Георгиевич Курлов, ссылаясь на работы доктора В.П. Степанова, определял размеры печени от абсолютной печёночной тупости, то есть по правой срединно-ключичной линии от нижнего края правого лёгкого до нижней границы печени, по срединной линии — от основания мечевидного отростка до левого края печени по левому подреберью. Эти размеры равны, по Курлову, 10, 9 и 8 см. В настоящее время в связи с изменением физических констант роста и веса населения эти размеры дают как 9,8 и 7 см. Эти размеры уменьшаются, как писал Курлов, на 1 см при малом росте и увеличиваются в пределах 1 см при большом росте. Размеры печени увеличиваются при узкой и длинной грудной клетке, а при короткой и широкой они уменьшаются на 1 см. Есть еще Курлова ординаты — те самые условные линии, вдоль которых определяют перкуторную тупость печени: правая срединно-ключичная, передняя срединная и линия, соответствующая левой реберной дуге.



## ПЕЧЕНЬ по доктору Курлову

Михаил Георгиевич Курлов (1859—1932) — русский терапевт и бальнеолог, доктор медицины, экстраординарный профессор по частной патологии и терапии Томского университета. Михаил Георгиевич Курлов закончил Вятскую гимназию и в 1878 г. поступил в Медико-хирургическую академию, которую с отличием закончил в 1883 г. В 1886 г. стал доктором медицины за диссертацию «Усвоение и обмен азотистых веществ при кормлении чахоточных по способу Дебова». Был отправлен в командировку за границу для совершенствования, занимался в Мюнхене у профессоров Цимсена, Боллингера, Эммериха, в Берлине у Эрлиха и Гергардта. После возвращения был избран приват-доцентом клиники внутренних болезней. В 1890 г. назначен экстраординарным профессором Томского университета по частной патологии и терапии. Занимал в Томском университете последовательно кафедры диагностики, госпитальной клиники и терапевтической клиники. Основал томскую общину сестер милосердия Общества Красного Креста, в которой состоял главным врачом. С 1890 по 1929 гг. Михаил Курлов возглавлял кафедру терапии медицинского факультета Томского госуниверситета, занимался гематологией, разработал классификацию минеральных вод. По указаниям Курлова томским благотворителем В.Т. Зиминым был выстроен Томский бактериологический институт.

Курлов опубликовал на русском и немецком языках свыше 20 работ по внутренним болезням и бактериологии, особый интерес в своё время представляла его совместная с А.П. Коркуновым работа об упрощении Киельдаль-Бородинского способа определения азота органических веществ, облегчившая возможность многочисленных исследований об обмене веществ при различных нормальных и патологических условиях. Михаил Георгиевич был одним из инициаторов учреждения и открытия в Томске бальнео-физио-терапевтического института (НИИ курортологии и физиотерапии). По постановлению Совета университета 17 февраля 1919 г. ему было присвоено звание почетного члена Томского университета.

По решению правительства 90 лет назад началось комплексное изучение и освоение сибирских курортов, руководил которым профессор Томского императорского университета Михаил Георгиевич Курлов. В начале 1915 г., когда полгода уже шла Первая мировая война, выпускнику Петербургской военно-медицинской академии, доктору медицины, профессору Томского университета было пятьдесят пять. К этому возрасту Михаил Курлов добился уже всего, чего только мог бы пожелать для себя любой состоявшийся учёный. Имел серьёзные научные труды, одарённых учеников, кафедру, объездил много стран — от Португалии до Японии, выступал с докладами на конгрессах, конференциях, не был обойдён наградами. В Табели о рангах был в верхней, четвёртой строке — имел чин действительного статского советника (попросту — штатский генерал), известность и авторитет в русских и зарубежных научных кругах. Его называли отцом сибирской терапевтической школы.

И всё-таки имя профессора Курлова не звучало бы, наверное, и по сей день так громко, не прославился бы он более других видных сибирских учёных-медиков, если бы с началом в 1914 году войны с Германией не началось и новое направление в его научной деятельности. И направлением этим была бальнеология, проблемы изучения лечебных местностей в Сибири, создание при Томском университете бальнеологического научно-исследовательского института, открытие на необъятных сибирских просторах курортов. В начале 1915 г. решено было передать лечебные места в управление местным властям, отпустить деньги на коман-

дировки на изучение мест, где возможно устроить курорты. В Томском университете была избрана комиссия из четырёх профессоров-медиков — Вершинина, Орлова, Грамматикати и Курлова, которая и должна была обследовать важнейшие места, пригодные для создания курортов. Возглавил эту комиссию профессор Курлов. Последующие тринадцать лет основной частью научной работы Михаила Георгиевича Курлова стало тщательное изучение курортных местностей Западной и Восточной Сибири, Прибайкалья и Забайкалья, Дальнего Востока. Если учесть, что пало время этой работы на годы двух войн — Первой мировой и Гражданской, двух революций, на время смены социальных эпох и правительств, военной и послевоенной разрухи, то иначе как подвижнической научно-практической эту работу, связанную с многочисленными и далеко не безопасными поездками, не назовешь.

«Тысячи минеральных озёр ждут своего изучения, и несмотря на это, население уже пользуется для лечения своих недугов, — писал М.Г. Курлов. — Ежедневно отпускается 700 ванн, боле дать нельзя за отсутствием помещений для ванн... В запасе имеется ещё 80 тысяч вёдер рассола из артезианского колодца в парке, которые спускаются в Ангару. Углекислые источники Дарасун, Ямаровка, Шиванда и др. настолько богаты угольной кислотой, что далеко превосходят наш всемирно известный Нарзан. В горько-солёном озере Шира глубиной до 10 сажен, с окружностью свыше 30 вёрст, помимо неисчерпаемого запаса воды для ванн имеется необъятный запас слабительной воды, отвечающей по своему составу батальской воде на Кавказе. Вода эта с успехом могла бы вытеснить те миллионы слабительных вод, которые ввозились к нам ежегодно из Австрии и Германии». Сегодня на берегу озера Шира находится санаторий «Здравница всесоюзного значения», как впрочем и во всех местах, описанных Курловым (Белокуриха и др.). Поразительно, что между ними тысячи километров, самолетов и машин в те времена не было. А рядом с Шира солёное озеро Туз, на воде которого можно спокойно лежать. Его свойства вполне соответствуют характеристиками воды и грязям Мертвого моря.

С выступлением мятежного чехословацкого корпуса, с приходом 18 ноября 1918 г. взамен Временного Сибирского правительства к власти Верховного правителя России адмирала А.В. Колчака заниматься устройством курортов было, кажется, совершенно невозможно. Но даже в этот очень сложный год М.Г. Курлов побывал в недалёкой и недалёкой поездке — на озере Карачи, на солёных озерах близ железнодорожной станции Татарская. Положение несколько стабилизировалось с начала 1919 г. с улучшением положения, успехами войск адмирала Колчака на фронте. Используя эту возможность, профессор Курлов спешно снарядил экспедицию в Горный Алтай. Нет, это не было непониманием политической ситуации. В этом было глубокое убеждение учёного, что, кто бы ни победил в братоубийственной войне, останется народ России, и здравницы, лечение на них, просто лечение и долечивание после ранений в боях потребуются, уже безотлагательно требуются и белым, и красным. Монархистам, большевикам, меньшевикам, кадетам, эсерам — всем жителям Сибири независимо от убеждений. Поездка в Горный Алтай длилась со 2 июля по начало августа. За месяц экспедиция Курлова побывала в Улале, Черге, Чемале, Новой Белокурихе. Не просто побывала, но изучила эти места. Курлов встречался с земскими деятелями Алтая, убеждая их развивать местные курорты. Он был не одинок в своих устремлениях создавать русские сибирские лечебницы. К нему, как к авторитетному учёному, обращались с желанием оказать помощь, указать наиболее перспективные места для устройства здравниц норвежские инженеры, русские предприниматели.

С августа 1914 по 1919 гг. (всё — военные годы) до невероятных размеров возросло число больных туберкулёзом. Нужно было принимать спешные меры, чтобы не вспыхнула пандемия. Местечко Чемал, в котором в то время было 105 дворов и 462 жителя, для лечения чахотки представлялось Курлову местом идеальным, ничуть не уступающим по количеству солнечных и облачных дней таким известным курортам, как Давос, Ницца, Ялта, Сочи. Отмечая наличие огромного количества прогулочных мест вокруг Чемала, отсутствие там комаров и мошек, обилие солнца, чудный, напоённый ароматом сосны и горной полыни воздух Чемала, целительность вечно шумящей красавицы Катунь, М.Г. Курлов писал: «Чемал, несомненно, представляет прекрасной горной станцией, пригодной для лечения слабогрудых, малокровных и неврастеников». Рассказывая о красотах и достопримечательностях с. Чемал, о встречах с игуменьей местного женского монастыря, приводя легенды и собранные научные данные, таблицы, сетуя на то, что хотя в Чемал уже более полувека съезжаются, что ни лето, десятки и сотни лёгочных больных, а место остаётся до конца не изученным, используется лишь летом, Курлов давал заключение учёного-врача: «Я смело могу рекомендовать это место как всецело отвечающее назначению курорта». Точно

Начало на стр. 6

такое же заключение было сделано и после посещения Новой Белокурихи.

Следующая поездка Курлова по курортным местам состоялась уже после установления на землях Сибири советской власти, в 1921 г., в Карачи, Чистоозёрное, Лебяжье. В 1923-м обследовали местечко Боровое (недалеко от нынешней Астаны) и грязелечебные озера около Омска. В 1924-м Курлов отправился на озёра кулундинской степи. В 1925 году вновь была поездка на озеро Карачи. В 1926 году поездка была наиболее продолжительной. После десятилетнего перерыва М.Г. Курлов вновь отправился на озеро Шира. Помимо Шира, побывал на озёрах Шунет, Утичь, Иткуль, Тагарское и других.

Работ, посвящённых сибирским курортам, профессор Курлов опубликовал свыше пятидесяти. Печатавшиеся в журналах, отдельными брошюрами, они были объединены в весомые тома «Классификация сибирских минеральных вод» и «Библиографический справочник по сибирской бальнеологии». А были ещё и труды по болезням крови, по проблемам лечения туберкулёза. А было ещё руководство учёным медицинским советом Сибздрава, участие в редактировании медицинских журналов, в открытии в Томске физиотерапевтического института (теперь — НИИ курортологии и физиотерапии), преподавание, подготовка молодых учёных, профессорский приём пациентов, выезды на предприятия с вредными условиями труда, обслуживание высших руководителей Западной Сибири.

Сохранилось несколько бумаг, по которым можно установить, кого из сибирских знаменитостей своего времени лечил Курлов. Чем больше работал, чем больший вклад в науку, в подготовку студентов и учёных-медиков вносил Курлов, тем больше, кажется, он должен был быть угоден, удобен, нужен властям. Но власть заслуг профессора «не замечала». Он был просто классово чужд новому режиму. В 1928 г. профессор Курлов, которому уже было семьдесят, совершил последнюю научную поездку. На Дальний Восток, с целью изучения мест для устройства бальнеологических курортов. Силы с возрастом оставляли. В октябре 1929 г. он оставил университет и терапевтическую факультетскую клинику, где был директором с 1906 г. Общий стаж работы в Томском университете его не дотягивал всего полугода до 40 лет.

Но Советская власть помнила только то, что Курлов «бывший» и «классово чуждый». Итог — Курлов отказали в назначении пенсии. Дело получило широкую огласку. В Наркомпрос ушло секретное ходатайство Сибкрайона, Сибкрайздрава, ректора ТГУ, где наряду с указанием огромных заслуг профессора говорилось с тревогой, что томские про-

фессора-медики ведут переписку с другими вузами, собираясь покинуть Томск, что отъезд из Сибири профессуры нежелателен, приглашение в Сибирь профессора чрезвычайно затруднено. Пенсию Курлову всё же назначили. Получал он её недолго. 7 января 1932 года Михаил Георгиевич умер, не дожив ровно трёх месяцев до 74 лет. Хоронил его весь Томск в профессорском некрополе Иоанно-Предтеченского монастыря.

Борьба с профессором из «бывших» с его смертью не закончилась. В конце 30-х годов портрет Курлова был убран со стены мединститута. Сын и дочь его, Вячеслав и Ольга, тоже врачи, были арестованы в 1938-м. Вячеслав расстрелян, Ольга провела много лет в воркутинских лагерях. Жenu Михаила Курлова Александру Алексеевну не тронули. Может, потому, что она к концу 30-х была уже в возрасте.

При сносе монастыря уничтожили и профессорский некрополь, где были похоронены знаменитые учёные-томичи. Лишь в 1996 г. на том месте была воздвигнута часовня в честь св. Домны Томской и на стенах её прикреплены мраморные доски с указанием имён тех, кто был погребён в некрополе. На главном корпусе Сибирского государственного университета теперь помещена доска в память о профессоре Курлове, его подвижнической работе на благо развития медицины в Сибири, возобновлён выпуск основанного им медицинского журнала.

Давно, неоднократно и от очень уважаемых людей (А.И. Воробьев, З.С. Баркаган) приходилось слышать, что Курлов-врач брат другого Курлова — одного из руководителей Охранки. Вроде даже у Шульгина об этом написано. Поиск в Интернете позволил установить, что Курловых в конце XIX — начале XX века было несколько человек, среди них несколько человек имели военные чины. «Братья» родились почти одновременно, но в разных городах — Вятке и Новгороде. При этом не совпадают отчества Павел ГРИГОРЬЕВИЧ и Михаил ГЕОРГИЕВИЧ, места рождения, в целом — биографии. Нет портретного сходства. И, главное, жандарм П.Г. Курлов оставил воспоминания, написанные им в Европе, после ухода из пылающей в революцию России. Нет ни слова, ни полслова про братьев, тем более — врача. Скорее всего, кто-то — возможно, и Шульгин — были введены в заблуждение сходством, созвучием отчеств известного сибирского врача и яркого монархиста, генерала-лейтенанта губернатора киевского, минского, начальника Главного тюремного управления, товарища министра внутренних дел и главноначальствующего отдельного корпуса жандармов. Не исключено, что это созвучие не понравилось и кому-то из советских начальников, и это отразилось на судьбе не молодого уже профессора.

А. Власова по работам А. Карзилова, В. Привалихина

## ИнтерНьюс

### Исследователи лекарств пожаловались на нехватку подопытных женщин

Американские ученые выяснили, что в большинстве клинических исследований наблюдается гендерный дисбаланс с преобладанием участников мужского пола. Причем эта тенденция характерна как для исследований на животных, так и для испытаний с участием людей. Биолог из Университета Калифорнии в Беркли Ирвинг Цукер проанализировал публикации в 42 научных изданиях. По данным исследования, статьи в 8 из 10 рассмотренных областей науки описывают исследования с преобладающим количеством участников мужского пола. При этом зачастую пол испытуемых вообще не учитывался при обработке данных. Цукер также выяснил, что в двух научных журналах количество исследований на животных, в которых использовались только мужские особи, за последние сто лет увеличилось. По мнению ученого, исследователи предпочитают не использовать самок из-за того, что гормональная активность, связанная с их менструальным циклом, может повлиять на результаты работы. Недостаток участниц женского пола наблюдается даже при клинических испытаниях лекарств, предназначенных для лечения болезней, которые чаще поражают женщин, например, хронических болей, депрессии или аутоиммунных заболеваний. Гендерный дисбаланс участников наиболее характерен для исследований в области неврологии, где соотношение мужчин и женщин составляет в среднем 5,5 к 1. Преобладание участников-мужчин зачастую не позволяет надзорным органам подтвердить результаты клинических испытаний лекарств, так как побочные эффекты препаратов в некоторых случаях проявляются лишь у женщин. По мнению ученых, научные журналы должны требовать от авторов статей в обязательном порядке указывать пол участников исследования. Спонсоры научных исследований также могут повлиять на гендерный состав испытуемых, изменив требования, предъявляемые к соискателям грантов.

Источник: Nature

### Жителей Нью-Йорка заставят сократить потребление соли на четверть

Власти Нью-Йорка ограничат уровень содержания соли в пищевых продуктах. Городской департамент здравоохранения опубликовал нормативы содержания поваренной соли в приготовленных блюдах и в консервированной пище. К городской программе, которая называется «Национальная инициатива по сокращению содержания соли» (National Salt Reduction Initiative), присоединились несколько десятков государственных и региональных организаций системы здравоохранения. Целью программы является уменьшение потребления поваренной соли жителями США на 25% в течение 5 лет. Согласно рекомендациям департамента здравоохранения Нью-Йорка, производители должны постепенно сократить уровень содержания соли в различной продукции, в частности на 20% — в арахисовом масле, на 25 — в хлебобулочных изделиях, на 30% — в заправке для салатов, на 40% — в консервированных овощах и зерновых хлопьях. Однако, в отличие от ограничений по содержанию жиров, а также обязательному для пунктов общественного питания правилу указывать калорийность приготовленных блюд, инициатива по снижению содержания соли производителям предлагается проводить на добровольных началах. По словам советника мэра Нью-Йорка по вопросам здравоохранения Томаса Фарли, в настоящее время уровень потребления поваренной соли американцами вдвое превышает норму. Он отметил, что чрезмерное потребление соли является одним из основных факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности атеросклероза. Фарли добавил, что зачастую потребители не имеют возможности сократить потребление соли, так как большую часть этого вещества они получают вместе с готовой пищевой продукцией.

Источник: The New York Times

### Мозговой штурм

В уходящем году наиболее удачливыми и продуктивными из ученых-медиков оказались, пожалуй, исследователи мозга. Им удалось визуализировать некоторые ключевые процессы в нервной системе, отыскать мозговые «хранилища» тех или иных мыслительных функций, описать ряд биохимических взаимодействий в ЦНС и совершить еще несколько любопытных открытий. Ученым из Университета Калифорнии в Девисе удалось снять на видео формирование синапсов — связей между нервными клетками, за счет которых они объединяются в сети, обеспечивающие функционирование нервной системы. Пометив флуоресцентными веществами ключевые белки процесса — нейрوليцин, мембранную гуанилаткиназу PSD-95 и глутаматный NMDA-рецептор — в изолированных крысиных нейронах, ученые пронаблюдали, как «стретившиеся» отростки клеток скрепляются нейрوليцином, а затем в формирующийся синапс встраиваются NMDA-рецепторы и связывающаяся с ними PSD-95. Помимо визуализации формирования синапса, полученная запись продемонстрировала ключевое значение в этом процессе белка нейрוליцина, обмен которого, как показали предыдущие исследования, нарушен при некоторых психических расстройствах, например аутизме.

Источник: medportal.ru

## ПИСЬМА

Добрый день!

Со мной случилась казусная ситуация. Виновата я сама, в моем характере откликаться на добрый призыв быстро. Когда появилась газета с призывом поддержать выпуск Вестника МГНЮТ, я быстро оформила подписку. Квитанцию вырезала из газеты, не обратив внимание на год подписки. Поэтому посылаю Вам квитанцию, где стоит дата подписки. Конечно я опоздала. Вот так долго «запрягаю». Хотя мне вот на днях исполняется 74 года. С удовольствием получала Вестник. Особенно радовали последние выпуски, где ставились самые насущные вопросы профессии врача, его прав, долга и др. По статьям Вестника нашла врача, теперь профессора Фейгельмана Семена Семеновича. Я во время войны тоже жила в Гольшманово, Тюменской обл. Врача Фейгельмана там знали все, для всех он был Семен Семеныч. В 60-х годах заболела моя мама, ей поставили диагноз рак матки. И она (к тому времени она жила в Омске, где жил ее отец) поехала в Москву. (Семен Семенович уже работал в 62-й больнице г. Москвы) к самому знающему, доброму врачу — Семену Семеновичу. В общем, он обследовал маму, снял диагноз и назначил лечение. Мама прожила после того более 20 лет. Большая благодарность нашему доктору! Думаю найти его в Петрово-Дальнем. Помню его теорию о воспалении.

Вот так хочется еще общаться с Вами. Хотелось познакомиться с группой по организации Дома Творчества для старшего поколения.

Очень хорошая была передача по 1 телеканалу о домах для престарелых в Канаде. Это похоже на представления о Доме Творчества.

Если можно что-то мне присылать, т. к. я опоздала с оформлением, буду благодарна.

Я пока продолжаю работать, посещать конгрессы.

С уважением,

Моисеева Клавдия Дмитриевна

От редакции: Уважаемые коллеги! Все, оплатившие рассылку газеты (независимо от времени оплаты, и указания года) получат в 2010 году газету будут!

## АНТИРЕКЛАМА

### Средства для «детоксикации» оказались рекламным трюком

Исследователи из общественной организации Sense About Science провели анализ 15 наименований различной продукции, от питьевой воды и витаминов до скраба для лица и щеток для тела, которые, по заявлению производителей, обладали «детоксикационными» свойствами. Ни одно из них такими свойствами не обладало, к тому же в большинстве случаев не удалось обнаружить устраняемые «токсины». Оказалось, что все компании вкладывают разные значения в понятие «детоксикации», причем ни одно из них не соответствует действительности. В большинстве случаев этим «научно» звучащим термином производители называли такие процессы, как обыкновенное мытье или чистка. В качестве одного из примеров приводится ополаскиватель для лица фирмы Garnier. «Токсинами» в этом случае оказались бытовая грязь, косметика и секрет кожных салных

желез, а «детоксикацией» — простое умывание. В другом примере производитель средства для «пятидневной программы очищения организма» компания Boots рекомендовала во время приема своего продукта придерживаться здоровой диеты, которая и обуславливала потенциальное улучшение самочувствия. Ни представители фирм-производителей, ни опрошенные покупатели не смогли внятно объяснить, в чем, собственно, состоит процесс пресловутой «детоксикации», отделившись общими фразами. Исходя из полученных данных, исследователи пришли к выводу, что в лучшем случае «детоксикация» является не более чем пустой тратой денег, а в худшем — может навредить здоровью сама по себе или отсрочить обращение к врачу при серьезных заболеваниях.

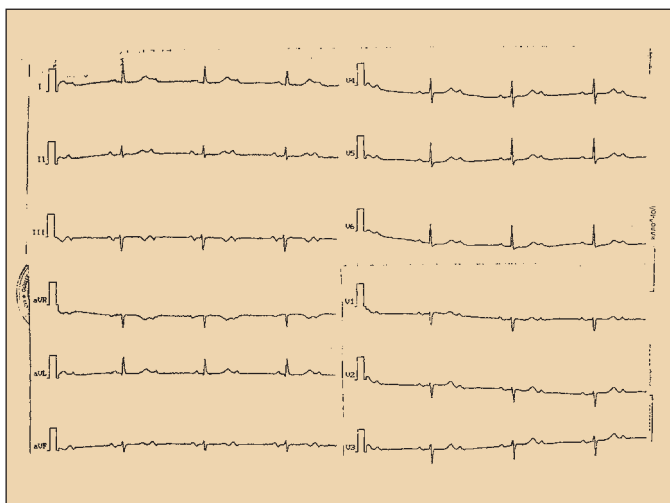
Источник: <http://news.gala.net/?cat=9&id=318209>

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

**Комментирует профессор Дмитрий Владимирович Преображенский.**

Женщина, 82 года, страдает деменцией, по поводу чего поступила на лечение в психиатрическую больницу. При поступлении выполнена ЭКГ, выявлена АВ блокада II степени II типа с частотой желудочковых комплексов 42 в мин. Назначена консультация терапевта стационара, которая состоялась через 5 дней. Терапевтом стационара сделано заключение о необходимости плановой консультации кардиохирурга (обсудить показания к постоянной ЭКС). Дежурным врачом больницы (психиатром) после прочтения записи консультации терапевта стационара вызвана КБ СМП.

Прибывшей КБ состояние пациентки оценено как относительно удовлетворительное. Пациентка активна, в поведении превалирует инфантилизм (детскость), дурашливость (передвигается пританцовывая), из чего можно заключить, что соматический статус не ограничивает физической активности. АД 150/80 мм рт. ст. Отеков нет.



ЭКГ: АВ блокада II степени II типа с частотой синусовых импульсов 84 в мин, желудочковых сокращений 42 в мин (проведение 2:1). QRS узкий, 0,08 сек. ЭОС отклонена влево, (угол альфа около  $-7^\circ$ ). То есть здесь блокада на уровне АВ узла (или путей Гиса в проксимальном их отрезке).

Тактика: вероятно, это хроническая блокада, с низкой ЧСС. Пациентка адаптирована. Показаний к активным действиям СМП нет.

Рекомендовано плановое дообследование, в частности холтеровское мониторирование ЭКГ для выяснения, не переходит ли АВ блокада II степени II типа в более глубокие блокады.

Если окажется, что АВ блокада II степени II типа стойкая и хроническая, то показания к установке постоянного кардиостимулятора регламентируются Приложением № 6 к приказу МЗ РФ № 293 от 7 октября 1998 г. По этому документу приобретенная предсердно-желудочковая блокада II степени у взрослых бессимптомная (как у нашей пациентки) выше уровня пучка Гиса (QRS узкие) относится к двум разделам: относительно показана и почти не показана (уровень доказанности пользы от вмешательства II и III).

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

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



XV Международная научно-практическая конференция

## «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

30 сентября — 1 октября 2010 года

Холидей Инн Сокольники, Москва

Web-сайт: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net), [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

E-mail: [gerontology@zdrav.net](mailto:gerontology@zdrav.net)

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 30 сентября — 1 октября 2010 года

XV Международной научно-практической конференции

### ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Сестринский процесс.
  - Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
  - Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
  - Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии
  - Геронтофармакология
- Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

### ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июня 2010 г.

Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2010 г

### ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — до 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала можно разместить on-line на сайте, заполнив соответствующую форму или переслать в адрес Оргкомитета с приложенной дискетой с электронным вариантом (Word для Windows). Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В присланных тезисах должны быть указаны название, авторы (ФИО представляющего автора должно быть внесено первым), организация, желательно — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение. Дополнительно предоставляется контактная информация одного из авторов, информация об учреждении: отдел, организация/больница, город, страна.

### ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

и оставить заявку на бронирование номера в гостинице вы сможете on-line, заполнив соответствующую форму на сайте или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 3000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. **Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.** Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

### ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы: «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении», «Клиническая фармакология», газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

Место проведения: Холидей Инн Сокольники. Москва, Русаковская ул., дом 24

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, ГКБ № 7,

Кафедра гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова,

Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: (499) 782-31-09,

E-mail: [gerontology@zdrav.net](mailto:gerontology@zdrav.net). Web-сайты: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич

Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна

Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

### ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в Оргкомитет Конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ФИО \_\_\_\_\_

Место работы и должность: \_\_\_\_\_

Индекс \_\_\_\_\_ Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Телефон/факс (с указанием кода города) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Формы участия (отметить ):

Устное сообщение  Стендовый доклад  Публикация тезисов  Слушатель

Гостиница:

Не нуждаюсь  Нуждаюсь

Название доклада, соавторы \_\_\_\_\_