



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июль 2005

№ 10

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

В своей практике я встречал поражение желудочно-кишечного тракта с диарей аллергического генеза, причем развивалась ситуация по типу пищевой аллергии, по типу замедленной аллергии. Вот яркий тому пример: у больного геморрагический колит с диарейным синдромом, спастические боли развиваются при повторном приеме перепелиных яиц, напиток «Байкал».

Очень важно до приема лекарственных препаратов внимательно читать аннотацию — там нередко написано, что они вызывают диарею. В моей практике был такой случай. У больного с гепатодистрофией и печеночной энцефалопатией внезапно развивается неукротимая рвота, — этот грозный признак свидетельствует об усугублении дистрофии печени.

Очень важно до приема лекарственных препаратов внимательно читать аннотацию

Однако в ходе беседы с больным выясняется, что ему с целью лечения пневмонии был назначен препарат офлоксацин. Отмена офлоксацина привела к прекращению поноса. Таким образом, могут быть ситуации, когда лекарственные препараты могут имитировать клинику, не относящуюся к развитию самого заболевания.

Главное в диарейном синдроме — это острая кишечная инфекция, спектр возбудителей, которые встречаются при диарейном синдроме, определяются регионом, где живет человек. Сейчас мы живем в то время, когда этиологический спектр зависит от готовности, возможности и квалификации лабораторной службы. Еще В.Х. Василенко писал: «В Москве не найдешь хорошей лаборатории, куда можно послать материал на бактериологическое исследование». А все потому, что нет хорошо оснащенной лаборатории, которая могла бы проводить широкий спектр исследований. Определяют несколько возбудителей, остальных — не умеют. Специализированные институты делают разовый анализ, и тот — платно. Это не для всех доступно.

Нас уничтожат крысы. Меня очень волнует чума, стоит только появиться чумному возбудителю — и... В прошлом была чума в Москве, и почему бы ей не появиться снова, не думаю, что эпидемиологическая ситуация сейчас намного лучше, чем раньше. Однажды хотели посмотреть, что творится в метро, и пришли в ужас. Спустились туда в кирзовых костюмах, а вышли в лохмотьях: в 3 этажа там лежали крысы. Крысы инфицируют сальмонеллезом яйца и мясо, обитая там, где птицефабрики. Это очень серьезный момент в отношении развития кишечной инфекции. Они — в каждом дворе, мусорном баке, больнице.

В 1970 г., работая в Астрахани, я получаю письмо от коллеги с предупреждением о том, что в Тегеране холера и надо быть настороже. Я как заведующий кафедрой представил себе это так, что нужно налаживать систематические посевы на холеру у больных с резко выраженным диарейным синдромом и обезвоживанием. И тогда, начиная с 15 мая, было выполнено 358 посевов, и ни в одном не было обнаружено холерного вибриона. А 25 июля в той же лаборатории был обнаружен первый случай холеры. Затем приехали представители из Москвы, не поверили, пытались даже найти новую болезнь — «астрханский понос». На одном из заседаний, которое проводил начальник гражданской обороны страны, один полковник сказал: «По-моему, холера в Астрахани была всегда», на что генерал ответил: «Уберите этого полковника, разберемся в Москве». Тогда мне ничего не оставалось, как выступить с трибуны и рассказать случай холеры. Только тогда согласились, а В.И. Покровский, приехав в Астрахань, обошел все морги, посмотрел протоколы вскрытия, чтобы выяснить, не прозевали ли мы первый случай холеры. Не прозевали.

Проблема диарейного синдрома огромная, многоплановая. Диарейный синдром — это спутник человека прошлого, настоящего и будущего. Следует заметить, что стремление к тому, чтобы во что бы то ни стало остановить диарею, является антинаучным, как и та реклама по поводу имодиума «Съешь — и ты опять сидишь в театре». Эпизод из собственной практики. В отделении лежит хмурым больной, в сутки у него до 20 раз диарея, жалуется на то, что его не так лечат: «Вот Г.С. Пак даст таблетку индометацина, и понос прекратится», на это я ему отвечаю: «Легли бы к Паку, а не к нам. У нас другой принцип». В любой симптоматике, будь то лихорадка или диарея, надо найти середину.

Гиппократ в свое время говорил: «Врач должен способствовать выделению из организма того, что идет вверх, и того, что идет вниз, надо помогать этому». Од-

нажды я был вызван к секретарю обкома в Астрахани, и он интересно произнес эту фразу. Ситуация заключалась в том, что ему надо было сделать доклад на одном из совещаний, а у него диарея. Он говорит: «Не уберегли», на что я ему ответил: «Если хотите завтра сделать свой доклад, мы быстро поставим Вас на ноги, сделав промывание кишечника». Он ответил: «Лечите сверху». На следующий день он вызвал меня к себе, извинился за вчерашний день и сказал: «Если бы ты знал, как мне надоел этот Дриостоград (это — про Астрахань)», на что я ему сказал: «Ничего оригинального в Вашем поведении нет. Еще старые врачи заметили, что когда болят кишки, то настроение бывает

очень плохое и поведение не адекватное».

Дифференциальная диагностика острого диарейного синдрома сложна, и необходимо помнить, что симптоматику кишечных инфекций могут давать и другие заболевания, не связанные с острой кишечной инфекцией (например, редкие формы инфаркта миокарда и др.).

Несколько слов о диете. Хорошо себя зарекомендовал рисовый отвар с солью, кора дуба и кора граната. Случай из жизни, наш народ отличается патриотизмом и, если идет беда, каждый предлагает свои средства. Когда началась холера в Астрахани, люди начали писать письма и советовать различные средства от диа-

реи (например, принимать новокаин внутрь или пить гранатовый сок и т.д.). Через 12 дней после начала холеры, когда количество госпитализированных в день достигло 120 человек, пехотной дивизией с Северного Кавказа оцепили город. Генерал докладывает ситуацию Председателю областной чрезвычайной комиссии: «Товарищ председателю комиссии. Сегодня город оцеплен войсками, на расстоянии 100 метров стоят часовые, зайцу пробежать негде. Докладывает генерал Зайцев».

Председатель ему отвечает: «Вы говорите, зайцу пробежать негде, а на базаре казские люди торгуют гранатами». Генерал отвечал: «Извините, не знаю». Я пошел на рынок, вижу, на прилавке горка гранатов и наверху табличка с надписью «от холера». Спрашиваю: «Почему «от холера»?», а он говорит: «Понимаешь, что такое холера — это понос, а лучшее средство от поноса — это гранатовый сок».

Важно думать о последствиях кишечной инфекции и острый период проводить грамотно, потому что дебриот может быть пищевой токсикоинфекцией, а финиш может быть неспецифическим язвенным колитом или другим хроническим заболеванием кишечника.

Несколько лет назад я был свидетелем ситуации, которая, по мнению некоторых специалистов, могла бы закончиться присуждением Нобелевской премии за лечение больных СПИДом. В одну из клиник были госпитализированы из-за рубежа 6 больных СПИДом, имеющие развернутую стадию (пневмонии, диареи, Herpes Zoster и т.д.). Идея открытия состояла в том, что какой-то физик в экспериментальных условиях установил, что если взять кролика и в паравертебральной точке, где проходит truncus sympathicus, воздействовать глубокой гипертермией, то в периферическую кровь выбрасывается большое количество лимфоцитов. Этот исследователь считал, что СПИД — это полная клеточная недостаточность, и если все выше сказанное сделать больным СПИДом, то возможно добиться положительного эф-

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

фекта. Но курьез состоял в том, что это открытие никак не хотели открыть, все было строго засекречено. Так, каждое утро пациентов куда-то увозили, проводили им какие-то процедуры и на следующий день лечащий врач в паравертебральной точке обнаруживал темные пятна. При этом больным становилось все хуже и хуже. Конечно, побуждения должны быть, но они должны идти в рамках корректной и всесторонней оценки.

Бывает ли дисбактериоз при гельминтозах? Бывает, взять, например, биоценоз, пример с холерой. Долгое время считалось, что один из факторов, поддерживающих эндемичность холеры в той или иной местности, это длительное выделение вибрионов. В одной из африканских стран появились работы, показывающие, что если в желудочно-кишечном тракте живут аскариды, то вибрионы себя там очень хорошо чувствуют, долго выделяются, а дегельментизация прекращает выделение бактерий. Опыт 70-х годов показывал, что хроническое бактерионосительство при холере не формируется и организм сам освобождается от возбудителя. Есть диссертационные работы, показывающие, что острое бактерионосительство встречается до 3 месяцев, а потом уходит. Но если в кишечнике одновременно имеются простейшие (лямблия, амеба), то бактерионосительство несколько затягивается.

Еще есть интересный вопрос, можно ли побороть бактериовыделение (это касается всех инфекций) с помощью антибиотиков. Это бесполезно, и к этому нельзя стремиться. Раньше, в советское время, пациенту проводили 3 курса антибиотиков в стационаре, а затем после выписки обязательно в амбулаторно-поликлинических условиях назначали противорезивное лечение. Некоторые из ученых, стараясь угодить руководству, стали применять еще вакцину, считая, что это приводит к быстрому высвобождению возбудителя. Почему так происходило? Потому что в основе была идеология, все было сосредоточено на источнике инфекции — на человеке. Для того, чтобы отвести внимание от санитарного благоустройства городов. В 1970 году академик, Герой Советского Союза, выдающийся гигиенист Крот сказал: «Безобразия, в Российской Федерации 700 городов не канализованы», и сразу сняли его с директора института. Разные акценты ставились на человека, что он источник инфекции.

Возвращаясь к проблеме дисбактериоза, я считаю заблуждением, что дисбактериоза не существует. Дисбактериоз гастроэнтерологи определяют как синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Но я считаю, что суть дисбактериоза не в этом. Главным стабилизатором кишечной микрофлоры является E.coli. Леопольд Генрих Перец, написавший книгу «Нормальная микрофлора человеческого тела», приготовил штамм, совершенно не патогенный для человека, ласково названный им «Эмочка», по протоколу кишечная палочка M17 — это современный колибактерин, бификол является одним из компонентов. Конечно, суть дисбактериоза состоит в нарушении нормального состояния микрофлоры. В Астрахани у меня был такой случай: к нам в клинику направили пациентов с хронической дизентерией, ранее переболевших острой дизентерией. У них отмечался неустойчивый стул, боли в животе, дисбактериоз кишечника. И мы с сотрудниками в примитивных условиях готовили жидкий колибактерин M17 и давали его больным. Этот препарат помог больным, т.к. кишечная палочка является стабилизатором микрофлоры и обуславливает иммунитет. Сам организм не может ее уничтожить.

На одном из заседаний общества микробиолог из института космонавтики сказал, что когда космонавта поселяют в кабину и угол наклона тела меняют на 5%, то меняется и микрофлора кишечника. Многие ученые говорили, что при болезнях микрофлора меняется, и дальше все последствия инфекции часто определяются эндогенной микрофлорой. Поэтому дискуссия по поводу того, есть дисбактериоз или нет, бесплодна, он, безусловно, существует.

член корр. РАМН, проф. Богомолов Б.П.
(Из выступления на заседании секции
Человек и инфекция МГОТ от 17 мая 2005 г.)



ДИАРЕЯ И ДИСБАКТЕРИОЗ

Еще В.Х. Василенко писал: «В Москве не найдешь хорошей лаборатории, куда можно послать материал на бактериологическое исследование».

Нас уничтожат крысы. Меня очень волнует чума, стоит только появиться чумному возбудителю — и...

Я считаю заблуждением, что дисбактериоза не существует

ИнтерНьюс

Биглия Н. и соавт. провели исследование с целью оценки патофизиологических характеристик опухолей молочной железы, возникающих в постменопаузе у женщин, никогда не принимавших заместительную гормональную терапию

В исследовании случай-контроль наблюдались 643 женщины, больных раком молочной железы. В группу случаев входили 111 больных раком молочной железы, которые либо когда-то ранее принимали гормональную терапию, либо получали на момент постановки диагноза. 532 женщины никогда не принимали гормональные препараты.

В исследовании было показано, что диаметр опухоли был меньше в группе женщин, ранее принимавших заместительную гормональную терапию (17,6 мм против 22,1 мм), при этом по данным гистологического исследования в этой группе чаще наблюдались случаи дольковой локализации (21% против 12%). Различий в степени злокачественности, статусе рецепторов к гормонам и обширности пораженных лимфоузлов выявлено не было. Кроме того, экспрессия c-erb B-2, p53, Ki67 и PS2 по данным гистохимического исследования не различалась между группами.

Источник:
Климакс.ру

Статины защищают от развития инсульта за счет действия не только на эндотелиальную NO-синтазу, но и на тканевый активатор плазминогена

Ранее было показано, что статины защищают от ишемического повреждения мозга за счет влияния на эндотелиальную NO-синтазу, напоминая д-р Мишель Москович и его коллеги (Massachusetts General Hospital, Charlestown). Для уточнения протективных механизмов статинов при инсульте исследователи смоделировали эмболическую фокальную ишемию мозга у лабораторных мышей. В течение 14 дней животные получали терапию симвастатином, аторвастатином, либо плацебо, затем в дистальной частоте сонной артерии вводился гетерологичный тромб с целью вызвать нарушения кровотока в бассейне средней мозговой артерии. Через 24 ч после введения тромба в группе получавших статины животных наблюдался меньший объем зоны инсульта и менее выраженный неврологический дефицит. Кроме того, прием статинов ассоциировался с повышением уровней м-РНК эндотелиальной NO-синтазы и тканевого активатора плазминогена, не влияя на уровень м-РНК эндогенного ингибитора активатора плазминогена. Аторвастатин уменьшал объем ишемизированной ткани мозга и улучшал неврологическую симптоматику у мышей с дефектом эндотелиальной NO-синтазы, но не с дефектом тканевого активатора плазминогена. По мнению авторов, необходимы дальнейшие исследования протективных механизмов действия статинов при инсульте и возможного взаимодействия терапии тканевого активатора плазминогена с приемом статинов в анамнезе.

Источник:
J Cereb Blood Flow Metab 2005;
25: 722—9.

У пациентов с циррозом печени и высоким риском развития варикозно расширенных вен пищевода эндоскопическое лигирование варикозных вен может быть эффективнее, чем консервативное лечение бета-блокаторами, в профилактике кровотечений, сообщают авторы недавно проведенного исследования

В исследовании принимало участие 62 пациента, половина из которых принимала пропранолол, а второй половине было проведено лигирование. На основании полученных результатов авторы делают вывод, что хотя применение бета-блокаторов остается средством выбора, необходимо также рассматривать возможность проведения лигирования в профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при циррозе печени.

Источник:
Gastroenterology 2005;
128: 870—881, 1120—1122

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В июне месяце 2005 года исполнилось 75 лет Абраму Львовичу Сыркину. Событие это оказалось неожиданным для всех, включая юбиляра. Явно смущаясь несоответствующим моменту возрастом, А.Л. Сыркин предпочел вновь поговорить о горячо любимой им коронарной патологии на заключительном пленарном заседании Московского городского научного общества терапевтов в сезоне 2004—2005. Несмотря на кратковременную июньскую жару, собравшиеся тепло поздравили выдающегося специали-

ста по сердцам и с интересом выслушали сообщение, провели критическое обсуждение представленного ка-

федрой кардиологии материала. Наряду с адресом, памятным подарками МГНОТ, А.Л. Сыркину вручили и презент от госпиталя им. Н.Н. Бурденко, где также увлекаются сердцеведством. Пожелаем и мы здоровья и успехов, непонятных и интересных больных юбиляру. Как говаривают иногда в кулуарах коллеги: «так выпьем же за наших пациентов — без них нам нечего было бы делать».

Собственная информация

А.Л. Сыркину — 75?!



ЛИЧНОСТЬ

Федор Иванович Комаров родился 26 августа 1920 года в г. Смоленске, в семье служащего. Семья была большая (3 брата и 4 сестры). Жили бедно, но дружно. В Смоленске Федя Комаров пошел в школу, а окончил ее в 1939 г. уже под Москвой на ст. Сетунь, куда переехала вся его семья к этому времени. Юный Федор Комаров о медицине и не мечтал, его всегда привлекали технические науки. Поэтому летом 1939 г. он поступил в Московский инженерно-строительный институт, но через 2 месяца после начала учебы Федора Комарова призвали в армию на действительную военную службу. А служить он попал в 298-ой конно-артиллерийский полк 192-ой горнострелковой дивизии на должность помощника командира взвода конной разведки управления дивизиона, базировавшегося в Артемовске. Призывали городских мальчишек, которые не просто не умели управляться с лошадьми, а просто их боялись. Воевать Федору Комарову пришлось с первого дня войны, а уже 17 июля 1941 г. под Винницей он был тяжело ранен в живот (сквозное пулевое ранение с повреждением желудка). Около четырех месяцев лечения во многих госпиталях (Кировоград, Днепрпетровск, Ростов-на-Дону, Дербент). Был выписан из госпиталя с переосвидетельствованием через год. Возвратился домой. Строительный институт, из которого Федор Иванович был призван — эвакуирован. И Комаров поступил учиться в Московский авиационный институт на строительный факультет. Но в июне 1942 г. его направляли учиться в военно-морскую медицинскую академию (в то время она находилась в Кирове). Там много было таких, кто врачами быть совершенно не собирался, но, несмотря на это, многие учились очень старательно, и результаты дали себя знать, многие из однокурсников Федора Ивановича Комарова стали известными врачами и многого достигли в жизни (Министр здравоохранения СССР С.П. Буренков, действительные члены и член-корреспонденты Академии медицинских наук А. Вальдман, Л. Тиунов, В. Алипов, Ю. Исаков, Д. Саркисов и многие другие). 50% курса стали как минимум кандидатами наук. Поскольку Федор Комаров был постарше многих и уже повоевал, его назначили командиром роты. Он всегда все старался делать как следует, уж учиться, так учиться, тем более назначили командиром. В 1947 г. Федор Иванович Комаров с отличием закончил Военно-медицинскую академию и поступил в адъюнктуру при кафедре госпитальной терапии к своему учителю академику Лепорскому Н.И., ученику Павлова. Глубокие теоретические познания, оригинальные идеи, богатый клинический опыт учителя оказались плодотворной почвой для талантливого ученика. В 1950 г. он успешно защитил кандидатскую диссертацию, посвященную изучению желудочной секреции у здоровых людей и больных язвенной болезнью в периоды ночного сна и бодрствования. После успешного завершения учебы в адъюнктуре Ф.И. Комаров был назначен на должность сначала младшего, а затем и преподавателя кафедры госпитальной терапии. Пытливый ум, постоянное стремление постигнуть современные достижения теоретической и клинической медицины, огромное трудолюбие в сочетании с профессиональными знаниями позволили ему довольно скоро стать одним из лучших преподавателей кафедры. Одновременно шел процесс приобретения профессиональных знаний и навыков в различных областях внутренней патологии. Вскоре его стали приглашать в качестве консультанта в гинекологические и хирургические отделения больницы. Кстати, у него на всю жизнь сохранился ин-



Академик Ф.И. КОМАРОВ



терес к пограничным и сочетанным заболеваниям органов брюшной полости. В 1957 г. при Военно-медицинской академии учреждается Научно-исследовательская лаборатория питания, руководителем физиологического отдела которой назначается подполковник медицинской службы Ф.И. Комаров. А в 1959 г. Федор Иванович назначается заместителем начальника кафедры терапии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии. В 1961 г. Федор Иванович успешно защищает докторскую диссертацию, в 1964 г. становится профессором, а в 1967 г. назначается начальником кафедры терапии усовершенствования врачей.

Опыт и знания не приходят сами собой. Их приобретение требует постоянного упорного труда. В течение почти двух десятилетий у Федора Ивановича «рабочим кабинетом» была Государственная публичная библиотека им. Салтыкова-Щедрина, которую он посещал почти ежедневно, благо жил в коммуналке за углом.

В 1972 г. начинается новый этап в деятельности Федора Ивановича. Ему предложили высокую и почетную должность Главного терапевта Министерства Обороны с переездом в Москву. Он дал согласие, но при условии, что ему предоставят возможность возглавить терапевтическую кафедру. Несмотря ни на какие высокие должности, он не хотел прерывать свою научную, преподавательскую и клиническую работу. Условия были приняты. Он назначается Главным терапевтом Министерства Обороны и одновременно заведующим кафедрой госпитальной терапии 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. Это совместительство было для Федора Ивановича весьма плодотворным, ибо исполнять обязанности Главного терапевта Министерства Обороны ему помогали не только коллектив кафедры, но и сама структура клиники (в клинике было много узкоспециализированных отделений).

В 1977 г. Федора Ивановича назначают начальником Центрального военно-медицинского управления Министерства Обороны СССР. Как Главному терапевту МО, а затем и как начальнику Центрального военно-медицинского управления, Федору Ивановичу Комарову часто приходилось бывать в служебных командировках (в округа, в Афганистан в период военных действий, в Чернобыль для организации медицинской помощи пострадавшим и др.). Суровый экзаме на зрелость выдержала медицинская служба при осуществлении медицинского обеспечения боевых действий в Афганистане. Правильное решение лечебно-эвакуационных вопросов позволило добиться своевременного оказания раненым и больным всех видов медицинской помощи, начиная с поля боя и кончая крупными медицинскими центрами. Безвозвратные потери личного состава вооруженных сил СССР во время войны в Афганистане составили 11 250 человек. Санитарные же потери — 469 685 человек, в том числе ранеными и контужеными — 53 753 (11,44%), больными — 415 932 (88,56%). Главным критерием эффективности деятельности военно-медицинской службы стало число раненых и больных, возвращенных в строй. В период боевых действий в Афганистане было возвращено в строй 77,9% раненых, что превышает аналогичный показатель в ВОВ (72,3%). У больных этот показатель составил 89%.

Продолжение на стр. 3

Начало на стр. 2 ↗

Федор Иванович Комаров является одним из пионеров создания медицины катастроф. По его инициативе впервые созданы подвижные медицинские формирования для оказания экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. Личные качества Федора Ивановича, как врача и гражданина, особенно ярко проявились в период Чернобыльской катастрофы и землетрясения в Армении. Он выезжал в места бедствий и лично осуществлял организацию оказания медицинской помощи пострадавшим и проведения мероприятий по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (в частности, в 30-километровой зоне вокруг станции) и в очагах землетрясения (Спитак и др.).

В 1988 г. при Министерстве здравоохранения страны по инициативе Министра здравоохранения академика Б.В. Петровского была создана Этическая комиссия. Ее председателем был назначен Федор Иванович Комаров, к тому времени академик РАМН, генерал-полковник медицинской службы, начальник Центрального военного-медицинского управления Министерства Обороны.

В ноябре 1989 г. Федор Иванович в звании генерал-полковника медицинской службы вышел в отставку и в начале 1990 г. избирается вице-президентом Академии медицинских наук СССР.

Под его руководством подготовлены 85 докторов и кандидатов медицинских наук. Его научные труды получили широкое признание (их более 400).

Под редакцией Федора Ивановича были изданы масса учебников и руководств (тысячи врачей в нашей стране учились по ним): «Внутренние болезни»; «Руководство к практическим занятиям по военно-полевой терапии»; «Военно-ме-

дицинская подготовка»; «Неотложная терапия в практике военного врача»; «Военно-медицинская подготовка»; «Пособие по номенклатуре, развернутой характеристике и формулировке диагнозов внутренних болезней»; «Клинико-инструментальные исследования при заболеваниях внутренних органов»; «Клиническая лучевая диагностика заболеваний брюшной полости и забрюшинного пространства»; «Справочник терапевта»; «Биохимические исследования в клинике»; «Биохимические показатели в клинике внутренних болезней» и многие другие. Большинство из них переиздавались повторно.

Федор Иванович — Герой социалистического труда, лауреат Государственной премии СССР, лауреат трех именных премий, его заслуги перед родиной отмечены двумя орденами Ленина, двумя орденами Отечественной войны I степени и многими другими орденами и медалями (более 40).

В течение многих лет Федор Иванович Комаров был членом правления Всесоюзного и Всероссийского научных обществ кардиологов и гастроэнтерологов, членом правления МГНОТ, а с 1974 по 1987 гг. — Председателем Всесоюзного научного общества терапевтов. В течение ряда лет Федор Иванович активно работал в секции медицины Комитета по Ленинским и Государственным премиям, почти четверть века возглавлял экспертный совет ВАКа по терапевтическим наукам и спецпроблемам. В настоящее время является главным редактором журнала «Клиническая медицина» и членом редколлегии журнала «Врач», редактором БМЭ по разделам «Военная медицина» и «Внутренние болезни».

По стопам отца пошла и дочь Федора Ивановича — Наталья (тоже став врачом), внук Федора Ивановича стал экономистом, а в 1999 году у Федора Ивановича появился правнук, которого назвали в честь прадедушки Федором.

Подготовила А. Власова

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

А.И. Воробьев

**Научное наследие
Антон Павловича Чехова —
«ОСТРОВ САХАЛИН»**

(Доклад на заседании Московского научного общества терапевтов 27 октября 2004 года — к 100-летию смерти А.П. Чехова)

Часть 2

XI век в биологии и медицине — век молекулярного понимания жизни, ее отклонений от нормального течения. Почему большинство людей в споре не наносит увечья противнику, а немногие калечат и убивают сиюминутного врага? Почему одни оказываются легко вовлекаемыми в преступную группу, тогда как других туда силой не загонишь? Какую роль играют наркотики в создании преступного мира? Конечно, преступление совершается в обществе людей. Конечно, в создании условий для преступления многое можно и нужно связывать с обстановкой в обществе. Но легенда о первом преступлении рассказывает, что оно произошло вне общества: один брат (Каин) убил другого (Авеля) из чувства обиды и зависти. Но сразу же было сказано, что мстить смертью за убийство недопустимо: «всемеро взыщется с того, кто убьет Каина».

Здесь не делается попытка поменять влияние внешней среды, ее ответственность за формирование преступника его генетическими особенностями. В поведении человека нельзя разделять роль генетики и среды. Сказанное — давнишняя прописная истина биологии. Но о преступной среде, о социальных пороках, толкающих людей на преступления, говорится много. Роль среды отражена и в уголовном кодексе. И перед законом все оказываются равны. Вот именно здесь должен выступить на сцену ВРАЧ. Тот закон, тот уголовный кодекс, которому следует наш суд, ошибочен именно в той части, где он признает всех людей одинаковыми, не обращая внимания на их болезненные и собственной воле неподвластные отклонения от нормы. Надо еще и еще раз подчеркнуть, что наша российская судебная практика, выводя страну далеко вперед по количеству заключенных, не уменьшает количества преступлений. Следовательно, она — мстительна, но — бесплодна.

Судя по жизненному опыту, за преступлением должно следовать наказание. Одно из важнейших управлений Минюста так и называется «Главное управление исполнения наказания» (человек без профессионального иммунитета при этих словосочетаниях вздрагивает). «Наказание юридическое, постигающее виновного в проступке или преступлении — зло или лишение каких-либо жизненных благ (жизни, свободы, имущества и пр.). Различают наказания дисциплинарные и уголовные. Вторые — по судебному приговору. Главнейшие требования, предъявляемые к правильной системе наказаний:

1. Наказание должно быть индивидуально (оно должно поражать только виновного).
2. Наказание должно быть равно для лиц всех состояний.
3. Наказание должно соотноситься с объективным вредом и субъективной виновностью.
4. Наказание должно допускать возможность исправления судебной ошибки и, следовательно, не должно поражать невозвратимых благ, например, жизнь.
5. Наказание не должно развращать граждан, следовательно, не должно облекаться в позорящие или безмерно жестокие формы.» (Брокгауз, Ефрон 2003г.).

Возможно, наши юристы не признают Брокгауза и Ефрона. В противном случае, как могла быть произнесена генеральным прокурором фраза о желательности наказания родственников преступника, как могли осудить на 9 лет лишения свободы, но УСЛОВНО, за хищение миллионов бывшим министром юстиции. Ну, это — из области анекдотов.

В России наказание тюремное и раньше сопровождалось либо последующей ссылкой, либо лишением прав, превращаясь в пожизненное, ставя наказуемого навсегда вне общества.

«Я глубоко убежден, что через 50—100 лет на пожизненность наших наказаний будут смотреть с тем же недоумением и чувством неловкости, с каким мы теперь смотрим на равние ноздрей или лишение пальца на левой руке». (А.П. Чехов, том 10, стр. 25, Собр. соч., 1956 г.).

«Причина такого индифферентизма к заключенным и томящимся в ссылке, непонятного в христианском государстве и в христианской литературе, кроется в чрезвычайной необразованности нашего русского юриста...» (там же). И сегодня трудно возражать словам, сказанным 100 с лишним лет назад по поводу именно нашей тюрьмы (здесь, впрочем, надо заметить, что американские тюрьмы и приговоры производят еще более тяжелое впечатление. Но их можно извинить: ни Чехова, ни Толстого, ни Достоевского, ни Гааза у них не было.).

Есть ли смысл в долгих сроках пребывания в тюрьме (лагере)?

Почему человечество породило тюрьму, понять можно. Но почему сохранило в неизменном виде до наших дней? Можно ли и нужно ли что-то менять в тюремном деле? Антон Павлович Чехов, приехав на Сахалин, мог знакомиться только с уголовными преступниками. Он, конечно, встречался и с политическими, но о них не писал. Дело в том, что политические преступники объявляются таковыми волею правителей. В большинстве развитых стран политических заключенных нет совсем. То, что происходило у нас с 1924—1927 годов до 1953 года, обсуждать можно в научных обществах криминалистов, психологов, социологов, психиатров, но не терапевтов.

Приступив к изучению каторжного острова, А.П.Чехов составил анкету-опросник для заключенных, ссыльных, свободных или освобожденных (он их переписал всех!). Чехов обошел все сахалинские тюрьмы. Их перенаселенность, страшные полчища клопов — можно прочитать и у Чехова, и в книге «Доднесь тяготееет». Не изменилось ничего.

Пунктуально описан рацион заключенных. «Сахалинский ссыльный, пока состоит на казенном довольствии, получает ежедневно: 3 ф. печеного хлеба, 40 зол. мяса, около 15 зол. крупы и разных приварочных продуктов на 1 копейку, в постный же день мясо заменяется 1 фунтом рыбы.» (стр. 298, там же). Золотник равен примерно 4,2 грамма. Таким образом, не только гибель от голода в царской тюрьме исключалась, не было и серьезных истощений.

С цингой боролись с помощью черемши. Мужчины с политическими статьями в сталинских лагерях Колымы вымирали, практически поголовно — от голода. Но Сахалинская каторга преследовала не только цель изоляции и наказания преступников (туда ссылали за очень тяжкие преступления). Перед каторгой (в широком смысле этого слова) была поставлена задача колонизации острова. И тут Чехов отмечает ее колониционную неэффективность.

«Когда наказание, помимо своих прямых целей — мщения, устрашения или исправления, задается еще другими,

Продолжение на стр. 4 ↗

ИнтерНьюс

Тошачковая гипергликемия не является достоверным предиктором будущих сердечно-сосудистых событий у женщин с уже имеющейся ИБС

Как известно, сахарный диабет II типа повышает риск сердечно-сосудистых событий, поэтому логично предположить, что лица с гипергликемией натошак также могут входить в группу риска и требовать профилактического вмешательства. Однако определение понятия «тошачковая гипергликемия» в последнее время было изменено. Так, в 2003 г. Американская Диабетологическая Ассоциация порекомендовала снизить порог тошачковой гипергликемии с 6,1 ммоль/л (110 мг/дл) до 5,6 ммоль/л (100 мг/дл). При этом автоматически утроилось число американцев с нарушением показателя уровня глюкозы натошак. Решив определить, как влияет наличие устанавливаемой по новому определению гипергликемии натошак на сердечно-сосудистый риск, д-р Алька Каная и ее коллеги (Калифорнийский Университет, Сан-Франциско) проанализировали данные 2763 женщин с ИБС — участниц исследования HERS (Heart and Estrogen/progestin Replacement Study).

За время наблюдения (в среднем 6,8 лет) у 583 женщин было зарегистрировано сердечно-сосудистое событие — нефатальный инфаркт миокарда или сердечно-сосудистая смерть; у 329 — инсульт или транзиторная ишемическая атака, еще 348 участниц были госпитализированы в связи с застойной сердечной недостаточностью. Среди 218 участниц с нарушением уровня глюкозы натошак по определению 1997 г. (6,1—6,9 ммоль/л, или 110—125 мг/дл) риск сердечно-сосудистых событий был повышен (отношение рисков 1,37). Среди 698 женщин с тошачковой гипергликемией по определению 2003 г. риск сердечно-сосудистых событий, риск инсульта, транзиторной ишемической атаки или застойной сердечной недостаточности достоверно не повышался.

По мнению авторов, если полученные результаты подтвердятся и в других популяциях, включая мужчин, то целесообразно будет сосредоточить профилактические усилия на пациентах с более высоким риском.

Источник:
Ann Intern Med 2005;
142: 813—20.

Тромболизис, как метод лечения инсульта, может применяться и на поздних сроках беременности, утверждают американские врачи, успешно выполнившие тромболизис у женщины со сроком гестации 37 недель

Д-р Давид Джонсон и его коллеги (Медицинский Центр Mount Sinai, Нью-Йорк) отмечают, что беременность является протромбогенным состоянием, и риск инсульта особенно высок в третьем триместре и сразу после родов. Тем не менее, применение тканевого активатора плазминогена не рекомендуется из-за риска осложнений для матери и плода. Авторы описывают клинический случай инсульта у 39-летней женщины со сроком беременности 37 недель. По данным церебральной ангиографии, имела место окклюзия средней мозговой артерии. После интраартериального введения 15 мг тканевого активатора плазминогена больная была переведена в отделение интенсивной неврологической терапии. После назначения тканевого активатора плазминогена было отмечено достоверное улучшение кровотока в средней мозговой артерии и уменьшение степени ее окклюзии. Через три дня после программированных родов (через естественные родовые пути, с наложением щипцов) родился здоровый мальчик. При контрольном обследовании спустя два месяца ребенок рос и развивался нормально, и у матери также не наблюдалось каких-либо неврологических нарушений.

Это первое сообщение о применении тканевого активатора плазминогена на поздних сроках беременности. Тромболизис может стать альтернативой медикаментозному лечению инсульта у таких пациенток.

Источник:
Stroke 2005; 36: e53—e55.



Однорядцевые близнецы		Двурядцевые близнецы	
Число пар	Тоже преступник	Число пар	Тоже преступник
143	68%	142	28%



ИнтерНьюс

Главное ведомство США, регламентирующее использование и контролирующее качество пищевых продуктов и лекарств в США (FDA), в середине марта 2004 года опубликовало новые рекомендации по употреблению морепродуктов

Загрязнение океанов и морей промышленными отходами привело к тому, что их обитатели стали накапливать в себе большое количество токсических веществ. Особую опасность таит в себе кумуляция в морепродуктах ртути, к которой очень чувствительны клетки мозга (нейроны). Поскольку наиболее уязвимым является растущий организм, из-за опасности ртутной хронической интоксикации и развития нарушения умственного развития, употребления отдельных видов морепродуктов следует избегать кормящим грудью женщинам, беременным или планирующим беременность в ближайшем будущем, а также маленьким детям. В то же время рыба и другие морепродукты являются весьма ценным источником белков и других полезных нутриентов, а потому они весьма полезны не только указанным категориям людей, но и пациентам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с большим содержанием 3-омега жирных кислот. Именно поэтому Американская Ассоциация Сердца рекомендует прием рыбы как минимум два раза в неделю всем кардиологическим пациентам.

Как же быть? Где разумная альтернатива? FDA в своих новых рекомендациях по употреблению морепродуктов подчеркивает, что способностью накапливать ртуть особенно велика у таких представителей морской фауны, как акула, королевская скумбрия, лофолатилус (*Lopholatilus*), меч-рыба (*Xiphias gladius*). Именно эти сорта рыбы и продукты из них следует избегать кормящим матерям, беременным (настоящим и потенциальным), маленьким детям.

С другой стороны, это же руководство рекомендует употреблять в пищу более двух раз в неделю рыбу (суммарно около 340 г), которая слабо накапливает ртуть: лосось, сайра, отдельный вид тунца (*light tuna*), сом, любой головоногий моллюск, креветки. В руководстве подчеркивается, что вид тунца (*albacore tuna*) в большей степени накапливает ртуть, поэтому его использование в пищу должно быть ограничено одним приемом в неделю.

Источник:
Cardiotechnika.ru

Согласно мета-анализу, опубликованному в Journal of the American Medical Association, действующие на Chlamydia pneumoniae антибиотики не уменьшают риск смерти или сердечно-сосудистых событий у пациентов с ИБС

Тем не менее, авторы отмечают, что это не исключает этиологической роли *S. pneumoniae* в развитии острых коронарных событий. Отрицательный результат мета-анализа может быть связан с патобиологическими особенностями хламидийной инфекции. Ее эрадикация чрезвычайно трудна (если не невозможна), даже после длительных курсов антибиотикотерапии, поскольку микроорганизм способен сохраняться внутри моноцитов и атером, становиться резистентным к лечению, наконец, повторно поражать того же больного.

Д-р Ричард Эндрюс и его коллеги (Медицинский Центр Beth Israel, Нью-Йорк) выполнили мета-анализ 11 плацебо-контролируемых клинических испытаний антибиотикотерапии, направленной на эрадикацию *S. pneumoniae*. Общее число пациентов с ИБС составило 19 217. Оказалось, что антибиотикотерапия существенно не влияла на общую смертность (4,7% против 4,6% у нелеченных пациентов), на риск инфаркта миокарда в 9 исследований, оценивавших эту конечную точку (5,0% и 5,4%), либо на частоту инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии в 10 трайлах с этой комбинированной конечной точкой (9,2% и 9,6%).

По мнению авторов, лечение ИБС должно включать оптимизацию образа жизни (физические упражнения, коррекция веса, отказ от курения) и медикаментозную терапию (аспирин, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины) доказанной эффективности.

Источник:
JAMA 2005; 293: 2641—7.

Начало на стр. 3

например, колонизационными, целями, то оно по необходимости должно постоянно приспосабливаться к потребностям колонии и идти на уступки. Тюрьма — антагонист колонии, и интересы обеих находятся в обратном отношении». (стр. 231, там же). Дело в том, что, чем дольше арестант находится в тюрьме, тем меньше он пригоден к труду на воле, к колонизации сахалинских земель.

О тюремном персонале. «НАДЗИРАТЕЛИ во время своего дежурства в тюрьме допускают арестантов к картежной игре и сами участвуют в ней; они пьянствуют в обществе ссыльных, торгуют спиртом. В приказах мы встречаем также буйство, непослушание, крайне дерзкое обращение со старшими в присутствии каторжных и, наконец, побои, наносимые каторжному палкой по голове, последствием чего образовались раны.

Люди грубые, неразвитые, пьянствующие и играющие в карты вместе с каторжными, охотно пользующиеся любовью и спиртом каторжных женщин, недисциплинированные, недобросовестные могут иметь авторитет лишь отрицательного свойства. Ссыльное население не уважает их и относится к ним с презрительной небрежностью». (там же, стр. 320).

Изуверами надзирателей делает тюрьма. Дедовщину в нашей армии (в других армиях ее нет) делает армия.

Женщины в тюрьме. «...в съезжих домах женщины не отделялись от мужчин, да и в других тюрьмах никаких серьезных преград... не существовало. Распутные женщины, нередко заразительно больные, содержались вместе с лишенными свободы за долги. «Бедная девушка, — говорит Венинг, — которая попадет в сие место хоть на одну ночь, должна необходимо потерять всякое чувство добродетели...» (из «Ф.П. Гааз» А.Ф. Кони, 1896 год, стр. 15).

Анализ А.П.Чеховым «женского вопроса». Нравы на острове — ужасающие. На первых порах каторги каторжанки прямо с парохода отправлялись в дом терпимости. Потом их стали распределять по ссыльным — сожительницами, иногда даже — по богатым каторжникам; отдавали и начальству в качестве прислуги. Но на каторжные работы женщин не посылали, хотя на остров привозили в основном женщин убийц. Судя по характеру преступности уже на острове, повторных преступлений у женщин — тяжких уголовниц — не было. Следовательно, смягчение наказания — его фактическая отмена — никак не способствовало рецидивам преступлений.

Особая проблема — проституция. Дело доходило до торговли малолетними дочерьми, содержания семейного дома терпимости. Вероятно, не последнюю роль тут играл безнадежный женский алкоголизм. Соотношение мужчин и женщин на каторге составляло около 10:1.

Здесь же должен быть разобран и «вопрос детей каторги». Речь идет о бессмысленной жестокости по отношению к будущим гражданам, многие из которых уйдут в преступный мир только по вине безмозглой системы. Так было на Сахалине, так было на Колыме. Что делается сейчас? Надо немедленно в законодательном порядке детям заключенных гарантировать детство: детдомовские отдать желающим взять, в том числе и за рубеж. В Армении не было детдомов никогда, даже после землетрясения.

А вот положение женщины в сталинских лагерях. «Колымский трамвай» средней тяжести.

«Новость: «Бабы в Бугурчане!» — мгновенно разнеслась по тайге и всполошила ее, как муравейник. Спустя уже час, бросив работу, к клубу стали оживленно стягиваться мужики, сперва только местные, но вскорости и со всей округи, пешком и на моторках — рыбаки, геологи, заготовители пушнины, бригада шахтеров со своим парторгом и даже лагерники, сбжавшие на свой страх с ближнего лесоповала — блатные и воры.

Мужики действовали слаженно и уверенно, со знанием дела: одни отдирали от пола прибитые скамьи и бросали их на сцену, другие наглухо заколачивали окна досками, третьи прикатали бочонки, расставили их вдоль стены и ведрами таскали в них воду, четвертые принесли спирт и рыбу. Когда все было закончено,.... повалили невольниц на пол, возле каждой выстроилась очередь человек в двенадцать — и началось массовое изнасилование женщин — «колымский трамвай», явление, нередко возникавшее в сталинские времена и всегда происходившее, как в Бугурчане: под государственным флагом, при потворстве конвоя и властей.

Мертвых женщин отгаскивали за ноги к двери и складывали штабелем у порога; остальных приводили в чувство — отливали водой, — и очередь выстраивалась опять.

И только одной из трех политических... повезло: студентку на все два дня выбрал парторг шахты. Студентке не пришлось ни кричать, ни отбиваться, ни вырываться, как другим, — она была благодарна Богу, что досталась одному.

Этот документальный рассказ я отдаю всем приверженцам Сталина, которые и по сей день не желают верить, что беззакония и садистские расправы их кумир насаждал сознательно. Пусть они хоть на миг представят своих жен, дочерей и сестер среди той бугурчанской штрафбригады, ведь это только случайно выпало, что там были не они, а мы.» («Долные тяготей». 2004 г., том 2, стр. 377—379)

Туберкулез в тюрьме. Туберкулез — тяжелейший бич тюремного населения. Как можно остановить его рост? Прежде всего, надо рассредоточить заключенных в камерах. Это можно сделать за счет уменьшения их числа. Если вдруг в Минюсте сообразят, что название Главного управления исполнения наказания можно изменить (последние два слова) на «исправления наказанных», то мстительная функция тюрьмы (о ее неэффективности уже говорилось) будет ректифицироваться. Выпустят огромное количество заключенных, и мы в этом показателе приблизимся к остальному миру (не только «цивилизованному»). Оставшихся больных, в соответствии с законом, надо будет активно лечить по всем правилам соответствующих протоколов.

Уже XX век был веком торжества науки, которая перевернула не только наши представления и о вселенной, и о суще-

стве и происхождении жизни, но и — полностью весь быт, всю структуру человеческого существования; все — от жилья до питания изменила коренным образом. Пришли ли «молекулы и клетки» в тюремное дело, с которым тесно связана наша жизнь? В России сидит в тюрьме (лагере) либо чуть больше, либо чуть меньше 1% наших сограждан. А кроме того: одни-то сидят, а другие охраняют, третьи передачи носят.

Нам ли не ставить вопросы о корнях преступлений и личностях преступников, когда жертвами преступлений в один момент становятся уже не десятки, а сотни людей? Чем можно угрожать убийцам-самоубийцам? Беспомощность чиновников в решении вопроса о терроре очевидна. Надо заниматься профилактикой террора, а об этом заговорили — пока лишь заговорили — и только после Беслана: убрать нищету и безработицу на Северном Кавказе (кстати, очень богатом нефтью). Значит, в вопросах борьбы с террором слово — за наукой. (Хотя при этом надо отдавать себе отчет, что любое перекраивание границ страны, кроме большой крови, ничего не принесет. Идеологическая база уничтожения России, как исторически сложившегося



государства, изложена в обстоятельном интервью Сбигнева Бжезинского в «НОВОЙ» ГАЗЕТЕ от 10-17 октября 2004 года; при этом никакого чувства отторжения у берущих интервью нет, скорее — наоборот).

Проблема несправимых, пожизненное заключение. Проблема несправимых, биологически, генетически с обществом несовместимых людей. Можно и нужно ли их «сидеровать», гормонально корректировать? Как с ними быть? Существует ли какая-нибудь законодательная база для вмешательства в жизнь человека, генетически предрасположенного к преступлению?

Науки о человеческих сообществах носят обычно описательный характер. Если сравнивать с медициной, то такие описания равносильны тщательной обрисованной картине болезни, но без анализа механизма ее развития, безо всяких предложений по лечению. Классовая сущность конфликтов в обществе не нуждается в дополнительном анализе: она есть. Но исчерпываются ли классовым антагонизмом все причины конфликтов рода человеческого, где границы общественных конфликтов и личных преступлений?

Каким бы ужасным ни было преступление, вопрос о пожизненных сроках заключения не может быть решен бесповоротно. Жизнь длинна, человек и биологически, и психологически изменчив. Сейчас модно обращать свои взоры к Новому Завету. А ведь совсем не случайно месть там нигде не прописана. Месть — зло, и к добру оно никогда не приводит.

Поскольку возможность и вероятность преступления заложены в природе человеческой, очень важно, чтобы личными и общественными преступлениями занимались, наряду с юристами, научные работники от медицины. Им привычно и диагнозы ставить, и патогенез раскрывать, и лечить. А уж профилактикой заниматься им на роду написано. Сам факт приглашения врачей, казалось бы, в чужую область не должен смущать никого. И тут самое время обратиться к Антону Павловичу Чехову. Он был профессионалом врачом, научным работником в тюремно-каторжной медицине, и он — профессиональный писатель.

Впрочем, преступность в своем юридическом, а не общечеловеческом смысле — понятие условное: бизнесмен сегодня, но уголовник-валютчик вчера. Кто может толком определить границы оправданной самозащиты при убийстве?

Вопрос о смертной казни. Смертная казнь в прежние времена широко применялась и делилась на простую и квалифицированную (сожжение, колесование, четвертование, повешение за ребро, сажание на кол). Впервые отменена в Тоскане (1785 г.) и Австрии (1788 г.). Еще раньше... в России указами Елизаветы Петровны 1753 и 1754 для всех дел; при Екатерине II в крайне ограниченном виде снова введена. Противники смертной казни указывают на ее неуравновешенность, несправивимость и невозможность (на случай судебных ошибок), порождаемую ею деморализацию и жестокость (из Брокгауза и Ефрона, 2003 г.).

Фактически в России указ Елизаветы об отмене смертной казни нарушил Николай I, сначала повесив декабристов, а потом — забывая насмерть шпицрутенами провинившихся солдат. У нас сейчас охотно рассуждают о расстреле Николая Романова с семьей в 1918 году. При этом говорят о казни царя, хотя он более года как от престола отрекся. Царей и наследников в России убивали не так уж редко. Царевич Алексей (наследник престола) убит по приказу отца — Петра I. Царь Петр III убит по наущению жены, захватившей престол, — Екатерины II. Наследник престола, заточенный в тюрьму Елизаветой — Иван Антонович, убит по приказу той же Екатерины II. Император Павел убит при молчаливом согласии сына — Александра I. «Простые люди» убили только одного царя — Александра II.

Что же касается Николая II, то не надо забывать, что именно он с подачи П.А. Столыпина ввел военно-полевые суды, и в порядке мести за революцию 1905 года казнил около семи с половиной тысяч своих подданных — больше всех Романовых вместе взятых. Указ Николая II о военно-полевых судах, где было предусмотрено недопущение защитника, нерассмотрение просьбы о помиловании, а приговор (тут была собственноручная приписка царя!) должен был приводиться в исполнение не позже 48 часов, один к одному был повторен Сталиным 1 декабря 1934 года в связи с убийством С.М. Кирова.

Второй раз в нашей стране смертная казнь была отменена Временным правительством по настоянию социал-демократов, которые буквально навязали это решение В.В. Шульгину (у Шульгина это описано в книге «Дни»). В июле 1917 года Временное Правительство, окрепнув, вос-

ИнтерНьюс

Американские исследователи установили, что сам инсулин зачастую может являться причиной возникновения диабета

Речь идет о наследственном диабете или диабете первого типа, при котором иммунная система атакует клетки, вырабатывающие инсулин. Оказалось, что сам гормон провоцирует эту атаку.

К такому выводу независимо пришли две группы ученых. Первая группа под руководством Дэфида Хафлера работала в Гарварде (Harvard Medical School), а Джордж Эйзенбах в университете штата Колорадо (University of Colorado).

Ученые из Гарварда в своем эксперименте исследовали клетки иммунной системы людей, больных диабетом, и здоровых людей. Выяснилось, что основное различие этих клеток — реакция на инсулин. Иммунная система диабетиков атаковала молекулы гормона, в то время как клетки здоровых людей воспринимали его нормально.

Исследователи из Колорадо ставили эксперимент на мышах. Ими была получена линия лабораторных животных, у которых не было нормального инсулина, а был лишь модифицированный гормон, который в принципе не может быть обнаружен иммунной системой. Ни у одного из таких животных диабет не развился, хотя в контрольной группе были мыши, больные диабетом.

Хафлер считает, что если результаты исследований будут подтверждены в дальнейших экспериментах, можно будет модифицировать ген инсулина у человека, чтобы гормон не вызывал аутоиммунной реакции, но в то же время выполнял свои функции.

Источник:
mednovosti.ru

У мужчин риск смерти от ИБС выше при наличии инфаркта миокарда в анамнезе, чем при сопутствующем сахарном диабете; у женщин — наоборот

Доктор Ганг Ху и его коллеги (Национальный Институт Общественного Здоровья, Хельсинки, Финляндия) изучили влияние пола на связь ранее перенесенного инфаркта миокарда и сопутствующего сахарного диабета со смертностью, проанализировав данные двух крупных популяционных исследований. В первом исследовании 2146 мужчин и женщин, исходно имевших инфаркт миокарда в анамнезе или страдавших сахарным диабетом, наблюдались в течение 12 лет. Выяснилось, что у мужчин с инфарктом миокарда в анамнезе риск смерти от ИБС и всех причин увеличивался на 20—80% по сравнению с теми, кто исходно страдал сахарным диабетом. У женщин наблюдалась противоположная тенденция: сахарный диабет повышал риск смерти на 43—45% по сравнению с инфарктом миокарда в анамнезе.

Второе исследование включило 4315 мужчин и женщин, у которых инфаркт миокарда или сахарный диабет развились за 8 лет наблюдения. У участников с развившимся инфарктом миокарда риск смерти от ИБС был выше, чем у тех, кто заболел сахарным диабетом: отношение рисков 2,15 для мужчин, 1,65 — для женщин. Риск смерти от всех причин был практически одинаков. У тех, кто перенес инфаркт миокарда, основной причиной смерти была именно ИБС; у тех, кто заболел сахарным диабетом, повышался риск смерти от ИБС, инсульта, рака, заболеваний почек, инфекций и т.д., поясняют авторы.

Источник:
J Am Coll Cardiol 2005;
45: 1413—8.

Начало на стр. 3

И все-таки медленно, зигзагами, эволюция морали имеет место.

Что же изменилось на протяжении истории? Исчезло людоедство. Изжито кровосмешение (Нерон не считал предосудительным насилловать родную мать). Иудаизм реально запретил гомосексуализм. Христианство, по крайней мере, его не делало легальным. В Европе отменена смертная казнь. Во многих странах признание подследственного не является доказательством его вины, а следовательно, уходят и пытки на следствии. Месть, лжесвидетельство, международный грабёж (контрибуции) либо отвергаются законом, либо осуждаются обществом.

В научном обществе невозможно обсуждать какое-то особое происхождение человека вне эволюции, не по прямой от наших человекообразных предков. В детстве Антон Павлович Чехов пел в церковном хоре, но подчеркивал, что он — атеист.

Поэтому надо ясно сказать: назрел научный вопрос по тюрьме. Та тюрьма, что живет повсеместно, сегодня исправно плодит преступников, повышая квалификацию начинающих. Нужен новый подход, намеченный еще А.П. Чеховым: как можно раньше расконвоировать, стремясь не к мести и наказанию, а к исправлению.

Выводы:

1. Поскольку арестанты являются гражданами страны, охрана их здоровья должна соответствовать конституционной норме и ее следует передать в Минздрав;

2. Дети арестованных не должны быть ущемлены в своих правах, не должны страдать недоразвитием мозга из-за безмозглости системы их воспитания в тюрьме;

Программа заседаний МГНОТ на сентябрь-октябрь 2005 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
28 сентября 2005 г., среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Повестка дня: распределение обязанностей между членами вновь избранного правления МГНОТ
28 сентября 2005 г., среда в 17.30 Д.м.н. проф. В.Е. Ноников (Центральная клиническая больница УД Президента РФ)	1. Современная антибактериальная терапия Эра антибиотиков характеризуется идентификацией ранее неизвестных микроорганизмов, созданием большого количества антибактериальных препаратов, возрастающей резистентностью бактерий к антибиотикам. Приводятся данные о новых антибактериальных средствах, возможностях сочетания различных препаратов, современных эффективных схемах лечения. Анализируются данные об эпидемиологии микоплазменной и хламидийной инфекций в Москве, частоте использования различных антибактериальных средств в амбулаторной практике и в многопрофильном стационаре. Сообщаются сведения о частоте выделения микроорганизмов из различных биосред в одной из крупнейших московских больниц и тенденциях резистентности к антибиотикам. На основании литературных источников и собственного многолетнего опыта рассматриваются программы антибактериальной терапии пневмонии, сепсиса, ряда других заболеваний инфекционной природы. 40 мин. 2. Клинический разбор. 15 мин.
12 октября 2005 г., среда, в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
12 октября 2005 г., среда, в 17.30 Д.м.н. проф. В.М. Емельяненко, к.м.н. А.Э. Васильев, д.м.н. Л.А. Кофаль, Н.А. Дронова (Владимирская ОКБ, Медицинская служба ВМФ)	1. Мигрень: взгляд терапевта и хирурга За период с 1998 по 2004 гг. обследовано 1530 больных с приступами сильной головной боли, резистентной к проводимой терапии. У 96% из них по модифицированным критериям Международной ассоциации по изучению головной боли 1988 г. был установлен диагноз мигрени. У 60% пациентов приступы головной боли были тяжелые, препятствующие выполнению не только профессиональных, но и бытовых нагрузок. Пациентам проводилось углубленное клинико-инструментальное обследование, включая компьютерную и магнитно-резонансную томографию головного мозга, ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных артерий головы, церебральная и коронарная ангиография, суточное мониторирование ЭКГ. Обнаружено, что мигрень часто ассоциируется с различными формами висцеральной патологии: с артериальной гипотонией в молодом возрасте, трансформирующейся в артериальную гипертензию в зрелом возрасте; с пароксизмальными нарушениями ритма; со стенокардией покоя; с бронхиальной астмой и другими нарушениями. Для оценки венозного кровообращения в области половых желез 290 пациентам проведена флебография малого таза. Во всех случаях выявлена патология в форме реноваскулярного или ренотестикулярного сброса, замедления венозного кровотока и варикозного расширения вен малого таза. У 284 человек выполнена эндоваскулярная реконструкция, направленная на нормализацию венозного оттока от половых желез. Оперативное лечение привело к положительным результатам в отношении мигрени в целом в 75% случаев, из них в 60% головные боли прекратились. Обсуждаются вопросы патогенеза диагностики и лечения мигрени. 40 мин.
26 октября 2005 г., среда, в 17.30 Академик РАМН В.И. Покровский (РАМН, ЦНИИ эпидемиологии Минздрава России)	1. Лечение гриппа и ОРВИ. Обсуждаются актуальные проблемы и спорные вопросы терапии и профилактики широко распространенной патологии. 40 мин.
Секционные заседания	
Секция клинической геронтологии и гериатрии: В конференц-зале МГКБ №60, ш.Энтузиастов, 84/1, корп. 1, 2-й этаж	
15 октября 2005 г., четверг в 15 часов 1. И.А. Кацман	Показания и противопоказания к коронарографии у лиц пожилого возраста
Секция нефрологии и иммунопатологии: В аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11а	
22 сентября 2005 г., четверг, в 16.30 1. Е.В. Захарова (зав. нефрологическим отделением ГКБ им. С.П. Боткина) 2. Е.В. Захарова (зав. нефрологическим отделением ГКБ им. С.П. Боткина)	Клиническая демонстрация: случай успешного лечения СКВ с поражением почек и перекрестными иммунологическими маркерами Особенности течения, прогноз и исход СКВ и системных васкулитов с поражением почек
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней: В конференц-зале клиники нефрологии внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11а	
20 октября 2005 г., в четверг, в 16.30 1. Академик РАМН проф. Н.А. Мухин 2. К.м.н. И.М. Балкаров 3. К.м.н. В.В. Фомин	Факторы риска развития и прогрессирования хронических нефропатий Метаболические нарушения и риск почечной патологии Современные подходы к профилактике поражения почек при артериальной гипертензии
Секция ревматологии: В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34	
6 сентября 2005 г., во вторник, в 16.00 1. Р.Ю. Кошеваров, к.м.н. Ю.А. Олюнин, проф. Р.М. Балабанова 2. Проф. В.В. Бадюкин, к.м.н. В.И. Васильев	Терапия раннего ревматоидного артрита Узловатая эритема в ревматологии
4 октября 2005 г., во вторник, в 16.00 1. К.м.н. С.О. Салукина, проф. Н.Н. Кузьмина 2. К.м.н. Э.М. Асеева	Современные представления о т.н. синдроме Висслера-Фанкони у детей Болезнь Стилла у взрослых (демонстрация наблюдения)
Секция ЭКГ и др. инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы: В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО, больница им. С.П.Боткина, 20 корп. 1 этаж, проезд до ст. м. «Беговая», «Динамо»	
20 сентября 2005 г., во вторник, в 17.00 1. К.м.н. С.В. Дринина, проф. Г.Г. Иванов	Окислительная устойчивость плазмы и электрофизиологическое ремоделирование миокарда у больных с различными формами ИБС
18 октября 2005 г., во вторник, в 17.00 1. А.Б. Кузнецов, проф. Г.Г. Иванов	Анализ дисперсии амплитудно-временных показателей Q-T интервалов в диагностике гипертрофии левого желудочка

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

Правление МГНОТ

Все время обсуждается вопрос — при анемии назначается тот единственный препарат, который патогенетически необходим больному — железо при железодефиците, фолиевая кислота при ее недостатке, преднизолон при аутоиммунном гемолизе. А может ли возникнуть необходимость применения препаратов железа при В₁₂-дефицитной анемии?

Нередко бывает так, что больному или больной, в большинстве случаев пожилому или даже старику совершенно правильно установлен диагноз В₁₂-дефицитной анемии. Сделана стерильная пункция, определено, что эритропоэз совершается по мегалобластическому типу и больному начата терапия витамином В₁₂. На пятый или шестой день от начала лечения наступает ретикулоцитарный криз, что подтверждает правильность установленного диагноза и правильный подход к лечению. Через десять дней от начала лечения начинает возрастать уровень гемоглобина. Так продолжается некоторое время, а затем, несмотря на продолжающееся лечение витамином В₁₂, количество гемоглобина больше не нарастает. Что произошло? Почему правильно начатое лечение перестало помогать?

Чтобы в этом разобраться, надо сделать исследование на содержание в крови не витамина В₁₂, а уровня железа сыворотки. И если до начала лечения оно, как всегда при В₁₂-дефицитной анемии, бывает нормальным или даже повышенным и соответственно этому назначение препаратов железа является ошибочным, то на том этапе, когда в начале эффективное лечение витамином В₁₂ становится неэффективным, исследование содержания железа сыворотки обнаружит значительное снижение его уровня. Придется, таким образом, при В₁₂-дефицитной анемии одновременно с терапией витамином В₁₂ присоединить препараты железа.

Чем объяснить такой феномен? Описанная ситуация связана с тем, что при В₁₂-дефицитной анемии кроме патологии эритропоэза — мегалобластического его характера, в момент активного лечения резко расширяется плацдарм эритропоэза — количество эритрокариоцитов увеличивается. При успешном лечении витамином В₁₂ остаются эритрокариоциты, которым не хватает не только витамина В₁₂, но и запасов железа, которое необходимо для насыщения цитоплазмы клеток красного ряда гемоглобином, который формируется из белка и железа. Назначение препаратов железа в таких случаях на этом этапе лечения при В₁₂-дефицитной анемии является правильным. Комплексное лечение витамином В₁₂ и железом в этих случаях приводит к достаточно быстрой нормализации показателей красной крови — числа эритроцитов и количества гемоглобина.

При нормализации показателей красной крови и достаточном содержании железа сыворотки препараты железа нужно отменить. Лечение же витамином В₁₂ надо проводить не только с терапевтической целью, но и с целью профилактики рецидива В₁₂-дефицитной анемии 1–3 раза в год. Кроме этого, необходимо помнить о том, что В₁₂-дефицитная анемия нередко развивается у больных, которые относятся к группе риска по раку желудка. Эти больные должны подвергаться рентгенологическому или эндоскопическому исследованию желудка.

Описанная ситуация ни в какой мере не позволяет применять препараты железа при В₁₂-дефицитной анемии без соответствующих показаний, тем более нельзя давать препараты железа там, где нет его дефицита, так как излишнее содержание железа в сыворотке крови приводит к развитию тяжелого заболевания — гемохроматоза, которое может протекать с тяжелым поражением миокарда, и таким образом способствовать развитию недостаточности кровообращения.

Не только гематологам, но и врачам терапевтам достаточно хорошо известно, что гиперхромная макроцитарная анемия наблюдается при В₁₂-дефицитной и фолиеводефицитной анемиях. Для того, чтобы подтвердить диагноз В₁₂-дефицитной анемии, делается стерильная пункция, и если при этом в костном мозге обнаруживается мегалобластический тип кроветворения, то диагноз В₁₂-дефицитной анемии представляется как бы подтвержденным. Сегодня можно определить содержание витамина В₁₂ в крови, хотя это исследование проводится только в отдельных учреждениях. Мегалобластический эритропоэз у пожилого человека рассматривается, как несомненное подтверждение диагноза В₁₂-дефицитной анемии. Однако бывает так, что, несмотря на начатое лечение витамином В₁₂, даже в больших дозах, не наступает ожидаемый ретикулоцитарный криз и не повышается количество гемоглобина. Так продолжается достаточно долго, и врачи нередко бывают в недоумении, состояние больных не улучшается, а ухудшается, приходится прибегать к заместительной терапии трансфузиями эритроцитарной массы. А затем обычно призывают на помощь опытного гематолога. При этом нередко, также как при В₁₂-дефицитной анемии, может наблюдаться и лейкопения, и тромбоцитопения. Опытный гематолог, посмотрев такого больного и динамику показателей его периферической крови, к сожалению, ничем не обрадует лечащего врача и родственников больного. И дело не в том, что мегалобластический эритропоэз может наблюдаться в связи с дефицитом витамина В₁₂, но и с дефицитом фолиевой кислоты. Лечение фолиевой кислотой в таких случаях также окажется неэффективным. Просто окажется, что у больного не дефицит того или иного фактора, а патологический процесс, который называется миелодиспластический синдром. Если при повторной стерильной пункции в костном мозге еще не окажется повышенного количества бластов, то опытный морфолог все равно заметит дисплазию гранулоцитов и мегакариоцитов. Существует несколько форм миелодиспластического синдрома. Та ситуация, которую мы описали, позволит поставить диагноз миелодиспластического синдрома в форме рефрактерной анемии. При наличии в костном мозге увеличенного количества бластных клеток — будет называться рефрактерной анемией с избытком бластов. Хотя в целом ситуация прогностически неблагоприятная, наблюдались отдельные случаи, когда лечение малыми дозами цитозара или циклоспорина приводило к ремиссии, состояние больных улучшалось и развитие острого лейкоза, который как бы неизбежен при миелодиспластическом синдроме, отодвигалось на большие сроки или больные вообще не доживали до этого грозного заболевания.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от Л.Д. Гриншпун

ОБ АНЕМИИ СНОВА И СНОВА

ИнтерНьюс

По данным нового исследования, диета с высоким содержанием кальция и витамина D помогает предотвратить развитие предменструального синдрома

Большинство женщин чувствуют до или во время менструаций легкое недомогание, однако у 8–20% симптомы настолько выражены, что можно говорить о предменструальном синдроме. Этот диагноз ставят в том случае, когда физические или эмоциональные проявления мешают женщине выполнять обычные дела, влияют на личные отношения.

Элизабет Р. Бертон-Джонсон и ее коллеги из Университета Массачусетса (Амхерст, США) сравнили диеты 1057 женщин, у которых в течение 10 лет наблюдения развился предменструальный синдром, с диетой 1968 женщин, не испытывающих предменструального синдрома.

Оказалось что у тех, кто употребляет в пищу много кальция и витамина D (например, 4 порции молока, обогащенного соком или йогурта) в день, риск развития предменструального синдрома значительно ниже. Получается, что для предупреждения предменструального синдрома нужно примерно 1200 мг кальция и 400 МЕ витамина D.

Раньше появлялась информация о том, что кальций и витамин D полезны в лечении предменструального синдрома, но это первые данные об их роли в профилактике заболевания.

Если учесть, что кальций и витамин D, кроме того, снижают риск остеопороза и некоторых видов рака, можно рекомендовать диету, богатую этими веществами, даже молодым женщинам.

Источник:

Archives of Internal Medicine

Ярославскими докторами было проведено фармакоэпидемиологическое исследование при хронической сердечной недостаточности на поликлиническом и госпитальном этапах

Оказалось, что за 5 лет (1999–2003 гг.) назначаемость ингибиторов АПФ выросла с 52 до 98%, бета-блокаторов с 16 до 79%, а сердечных гликозидов — снизилась в 5 раз. В целом, по мнению авторов, «качество» проводимой терапии больных хронической сердечной недостаточностью за исследованный период значительно повысилось. В 1999 г. 13,6% пациентов не получали патогенетического лечения, в 2003 г. таких было лишь 3,1%. Отмечается авторами, что участковые врачи в 90% случаев не пользуются методом титрования доз при назначении ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов, кроме того, среднесуточные дозы препаратов назначаются в 1,5–2 раза ниже рекомендованных.

Источник:

Клиническая геронтология, № 2, 2005.

Рутинное скринирование пациентов, не имеющих клинических симптомов инфекции вирусом гепатита А (HAV) или инфекционного анамнеза, часто дает ложноположительные результаты, сообщают авторы недавнего исследования

По мнению авторов, для увеличения ценности проводимого обследования необходимо изучать анализы пациентов с клиническими признаками HAV или лиц с подозрением на контакт с инфекцией.

Источник:

Z. F. Dembek и соавторы (MMWR 2005; 54: 453–456.)

«Герiatrics в лекциях»



Под ред. профессора П.А. Воробьева

Том 1

Издательство «Ньюдиамед»

Лекции, созданные лучшими специалистами в геронтологии, гериатрии, терапии, врачами всех специальностей, чьи пациенты — пожилые люди

Фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики и лечения, социальные вопросы — все это предназначено для врачей, кто видит проблему пожилого человека стратегически важной.

(оценка, выбор медицинских технологий, управление качеством медицинской помощи)



Под ред. профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.

Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевле — дешево, а дорогое — дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система — ответы на эти вопросы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития.

Книга адресована практическим врачам, главным врачам, начмедам, клиническим фармакологам, членам формулярных комиссий.

Клинико-экономический анализ

ИнтерНьюс

Британские ученые обсуждают необходимость приема аспирина — для снижения сердечно-сосудистого риска — всеми лицами старше 50 лет

Исследователи из Университета Кардиффа считают, что ежедневный прием аспирина целесообразен для всех людей с недиагностированной сосудистой патологией, хотя это и не может заменить пропаганды здорового образа жизни или терапии гипертонии и гиперхолестеринемии. По мнению д-ра Питера Элвуда и его коллег такой подход позволит сократить частоту не только сердечно-сосудистых событий, но и рака и деменции. При этом риск кровотечений и других побочных эффектов относительно мал, по сравнению со значительным снижением риска инфаркта миокарда и инсульта. Безусловно, речь не идет о назначении аспирина лицам с противопоказаниями; однако в популяции до 90—95% людей могут безболезненно принимать малые дозы аспирина. Однако д-р Колин Бэйжнет и его коллеги (Oxford Radcliffe Infirmary) не согласны с подобной позицией. Они отмечают, что в общей популяции лиц 60 лет ожидаемое предупреждение 2 случаев инфаркта миокарда на 1000 пациентов, пролеченных за год, не может перевешивать риск желудочно-кишечных кровотечений (1-2 случая на 1000 ежегодно). По их мнению, прежде чем устанавливать возрастной порог для массовой первичной аспиринопрофилактики, следует получить больше данных о пользе приема аспирина у пожилых людей.

Источник:

BMJ 2005; 330: 1440-1, 1442-3.

Считается, что фундопликация снижает риск развития рака пищевода у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, сообщают авторы недавно проведенного когортного исследования

Авторы исследовали 946 историй болезни пациентов, которым была проведена фундопликация, 1892 истории пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, которым операция не проводилась, и 5676 пациентов без гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. На основании полученных данных авторы делают вывод, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь представляет собой фактор риска развития рака пищевода, но применение фундопликации не уменьшает степень этого риска.

Источник:

American Journal of Gastroenterology, 5, 2005

Урсодезоксихолевая кислота может предотвратить рецидивирование колоректальных аденом с дисплазией высокой степени

Профилактический эффект препаратов урсодезоксихолевой кислоты может быть связан с их способностью подавлять митогенные сигналы и, таким образом, подавлять клеточный рост. В исследовании принимало участие 1285 пациентов, которым за полгода до этого было произведено удаление колоректальных аденом, которые методом случайной выборки были разделены на группы приема урсодезоксихолевой кислоты или плацебо. На основании полученных результатов авторы сделали вывод, что лечение урсодезоксихолевой кислотой дает статистически незначимое двенадцатипроцентное снижение рецидивирования развития аденом в целом, но статистически значимое снижение рецидивирования аденом с дисплазией высокой степени.

Источник:

J Natl Cancer Inst. 2005; 97: 846-853

Внимание — конкурс!

Условия просты: Играют только врачи поликлиник. Пришли свой ответ по почте, на наш адрес, первый, пославший правильный ответ, получит приз. Первенство определяется по дате отправки на конверте. В случае, если отправивших в один день окажется несколько — приз будет разделен между ними. Вручение приза — на пленарном заседании МГНОТ. Не забудьте указать свои координаты:

Фамилия _____ Имя _____
 Отчество _____
 Поликлиника _____ Должность _____
 Телефон _____
 Ваш ответ: _____

Молодой человек, учащийся техникума, оказался на операционном столе с прободной язвой желудка. Ранее ничем особенным не болел. Операция прошла без осложнений, небольшой перитонит не вызвал больших проблем у оперирующих хирургов. Молодой человек готовился кзыписке, как вдруг почувствовал не интенсивную острую боль в области сердца, длительностью несколько часов. Боль ушла после укола анальгина. Одновременно появился сухой кашель, больше похожий на поперхивание, при этом не-

сколько раз откашливалась кровавая мокрота. Эпизод был расценен как осложнение наркоза, больной выписался и вновь пошел учиться. Обратил внимание на повышение температуры, вначале до 37,5 потом, через 3 недели после операции — до 39,5, без ознобов и потливости. Несколько раз повторялись эпизоды боли в груди, похожие по характеру. Появилась одышка вначале при небольшой нагрузке, затем — в покое — до 24 в мин. Госпитализирован снова через полтора месяца после операции. Живот — спокойный, в легких диффузное притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание, хрипов нет. Тахикардия до 130 уд/мин. Отеков нет, никтурии, дизурии нет. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. В крови нормальный гемоглобин, тромбоциты, лейкоцитоз до 12 (109/л, палочки 7%, сегментоядерные 69%, эозинофилы 2%. В моче однократно протеинурия до 1 промиле (еще в двух анализах протеинурии нет), удельный вес 1020, лейкоциты 1—2, других изменений нет. На рентгенограмме диффузные затемнения в обоих легких, рентгенологи трактуют их как двухстороннюю пневмонию. Небольшой выпот справа, на пункции — кровь (эритроциты, лейкоциты, формула напоминает кровяную, но до 20% — эозинофилы. В жидкости никаких изменений не обнаружено, даже при компьютерной томографии. Какое заболевание можно предположить у молодого человека и почему.

Выиграй 1000 рублей!



КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Научно-практический медицинский журнал

Для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста.

Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными проблемами, организацией здравоохранения, этическими вопросами, законодательством.

Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах; одна из рубрик журнала посвящена творческому долголетию.

Оформить подписку можно:

- по каталогу агентства «Роспечать» (индекс 72767);
- в редакции, заполнив бланк

Бланк-заказ на подписку журнала на 2005 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
 Ваш адрес просим указывать печатными буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие									
		Номера журнала											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена одного номера в руб.											
		80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
		Итого (включая сумму)											

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу:

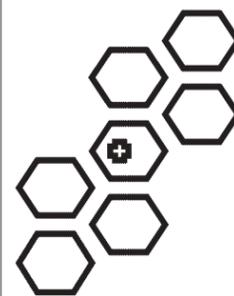
115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: 118-74-74.

E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdravkniga.net

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки,
- стоимость дана с учетом НДС (10%).



ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
 УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

по стандартизации, лицензированию, аккредитации в управлении качеством в здравоохранении

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ!

Публикует научно-методические и нормативные материалы по управлению качеством в здравоохранении. Со страниц журнала Вы узнаете все о протоколах ведения больных, формулярной системе, лицензировании медицинской деятельности, аккредитации медицинских организаций, медицине доказательств и клинико-экономическом анализе в управлении качеством медицинской помощи.

Журнал осуществляет первую публикацию нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении.

Оформить подписку можно:

- по каталогу агентства «Роспечать» (индекс 79284);
- в редакции, заполнив бланк

Бланк-заказ на подписку журнала на 2005 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
 Ваш адрес просим указывать печатными буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие									
		Номера журнала											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена одного номера в руб.											
		110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
		Итого (включая сумму)											

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: 118-74-74.

E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdravkniga.net

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки,
- стоимость дана с учетом НДС (10%).

Антиреклама

Телевизионная реклама аппарата «Detox Spa» нарушает требования российского законодательства

Об этом сообщается в пресс-релизе Федеральной антимонопольной службы России. Комиссия ФАС рассмотрела дело, возбужденное по факту распространения этой рекламы, где аппарат предлагается в качестве медицинского изделия. При этом отсутствует регистрационное удостоверение, являющееся разрешительным документом на производство и реализацию данного изделия.

Решением Комиссии реклама была признана ненадлежащей, поскольку в ней допущено нарушение первого абзаца пункта 2 статьи 16 Федерального закона «О рекламе». Телеканалам выданы предписания о прекращении нарушения законодательства Российской Федерации о рекламе.

В соответствии с законом, реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники при отсутствии разрешения на производство и (или) реализацию, выдаваемого федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, не допускается.

Источник: mednovosti.ru

НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ВПЕРВЫЕ В РОССИИ ЕДИНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТРУДОЗАТРАТ

УТВЕРЖДЕНА Заместителем министра здравоохранения и социального развития России Стародубовым В.И. 12 июля 2004 г.

Издательство «Ньюдиамед»

Номенклатура создана с целью обеспечения единой нормативной базы работ и услуг в здравоохранении на всей территории Российской Федерации.

Номенклатура работ и услуг в здравоохранении состоит из шести разделов: «Простые медицинские услуги», «Сложные и комплексные медицинские услуги», «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав», «Манипуляции, исследования, процедуры и работы в здравоохранении», «Услуги медицинского сервиса» и Реестр работ и услуг в здравоохранении с указанием условных единиц трудозатрат. В вводной части Номенклатуры представлена методика расчета затрат на медицинские услуги.

ЛИЧНОСТЬ

Многие поколения россиян воспитывались на легендах о Федоре Петровиче Гаазе. О нем писали Герцен, Тургенев, Курприн, Кони, Домбровский, Окуджава... В 1912 году в Лейпциге вышла наиболее полная биография Гаазы «Реформатор русского тюремного дела», написанная Карлом Хетцелем.

Прежде, однако, чем говорить о жизни и деятельности Гаазы, бросим беглый взгляд на состояние русских тюрем в двадцатых годах позапрошлого столетия.

Адские застенки

Мрачная фигура Аракчеева бросала свою зловещую тень почти на все сферы жизни, военные поселения расплозились по русской земле, суд стал торжищем, крепостное право с его настоящими «бедными Лизами» стало устойчиво и бесконтрольно, а тюрьмы были в ужасающем состоянии.

Есть красноречивое в своей мрачности описание тюремной системы в Петербурге, сделанное англичанином Венингом, осматривавшим тюрьмы по поручению императора Александра I. Из этого документа видно, что неоднократные законодательные распоряжения Екатерины II и Александра I об улучшении содержания тюрем оставались лишь на бумаге, не проникая в жизнь даже в столице. Только после восшествия на престол Николая Павловича эти меры мало-помалу приблизились к реальности.

Тюрьмы Петербурга в описываемое время — мрачные, сырые комнаты со сводами, почти совершенно лишенные чистого воздуха, — очень часто с земляным или гнилым деревянным полом, ниже уровня земли. Свет проникает в них сквозь узкие, наравне с поверхностью почвы, покрытые грязью и плесенью и никогда не открывающиеся окна, если же стекло в оконной раме случайно выбито, оно годами не вставляется и через него вторгаются непогода и мороз, а иногда стекает и уличная грязь. Нет ни отхожих мест, ни устройств для умывания, ни кроватей, ни даже нар. Заключенные спят впопалку на полу, подстилая свои кишасшие насекомыми лохмотья, и везде ставится на ночь традиционная «параши». Эти помещения битком набиты народом. В двух обыкновенного размера комнатах тюрьмы при управе благочиния власти умудряются содержать 100 человек, так что только небольшая их часть, после понятных ссор и пререканий, может ночью прилечь в невообразимой тесноте. В одной из комнат рабочего дома, находящейся почти в земле, длиной в 6 сажень, а шириной в 3, Венинг нашел 107 человек всех возрастов, без какой-либо работы. Число это постоянно пополнялось, так как из-за отравленного воздуха еженедельно приходилось уносить в больницу более 10 человек, освобождая места для новых сидельцев.

Не лучше было и в кордегардии при губернском правлении, где в комнатах, рассчитанных для тесного помещения 50 человек, содержалось до 200 человек, не имевших никакой возможности лечь. В этих местах, предназначенных для возможного исправления и смягчения нравов нарушителей закона, широко и невообразимо царил разврат, нагота, холод, голод и мучительство. Разврат — потому, что в съезжих домах женщины не отделялись от мужчин, старики от детей, больные от здоровых. Заподозренные в преступлении или виновные в полицейских нарушениях граждане сидели вместе с отъявленными злодеями, которые из-за судебной волокиты годами заражали нравственно все молодое и восприимчивое, что их окружало. Надзор возлагался на голодных гарнизонных солдат и продажных надсмотрщиков, получавших ни с чем не сообразное грошовое содержание. При посещении Венинга в рабочем доме оказались сидящими вместе дети 11 и 12 лет, разбойники, окованные цепями, и обвиняемый 72-летний Тимофей Чеоров, содержащийся там уже 22 года...

Болезни и голод

Только в самых крайних случаях заболевших арестантов переводили в лазарет, мало чем отличавшийся от места их обычного содержания. Да и то, за совершенным недостатком места, туда сажались и здоровые заключенные. Так, Венинг нашел в подвальном мужском лазарете при рабочем доме 30 человек, помещенных, «за теснотою», с больными; князь Голицын, ревизовавший московскую пересыльную тюрьму уже в 1828 году, видел заразных больных, а также привезенных после «торговой казни» и приготовляющихся идти в ссылку, ночующими в одной общей комнате, а сенатор Озеров, осматривавший в то же время губернский замок, нашел больных «горячками и сыпью» по трое на одной постели. Чем и как лечили арестантов, можно себе представить, если в 1827 году в больнице московского губернского замка для «утишения» крика арестантский, сошедшей с ума, вкладывали в рот деревянную распорку...

Все арестанты содержатся впроголодь. В некоторых тюрьмах отпускается на руки дежурного надзирателя по 15 копеек ассигнациями на каждого из заключенных для покупки продовольствия. Не удивительно, что без какого-либо контроля деньги разворовывались, и арестанты съезжих домов жалуются Венингу на крайний недостаток даваемого им черствого хлеба. Тем не менее, эти 15 копеек, потраченные на арестанта за каждый день содержания, при выпуске заключенного, согласно установившемуся обычаю, взываются с него. Несостоятельный к уплате задерживается в тюрьме как несостоятельный должник. Часто и такой способ содержания заменяется подаванием. Особенно это практикуется для арестованных при полиции. Останутся ли они голодными, в таком случае зависит только от случая, от суровости горожан. Поэтому в тюрьмах XIX века оказывается возможной смерть от обычной в XVI веке «гладной нужи». Плохо прикрыто и тело «колодников». Казенного платья им не полагают, а свои лохмотья скоро отказываются служить, и тот же сенатор Озеров находит в московском губернском замке 92 человека без всякой одежды и обуви. А прикрыть тело следовало бы хотя бы потому, что в дурно и

даже вовсе не отапливаемых тюремных помещениях в суровые зимы очень холодно. Князь Голицын заявляет в 1829 году, что московский пересыльный замок в невозможном состоянии, что в нем невыносимо холодно, причем холод этот на женской половине, где меньше скученности, доходит до того, что матери, уприсив надзирателей, посылают по ночам своих детей, без различия пола и возраста, отогреваться на мужскую половину.

Мрак и безнадежность

Венинг видел в петербургском рабочем доме колодников, прикованных за шею, и женщин, удерживаемых за шею железными рогатками, на которых было по три острых спицы, длиной до 5 дюймов, сделанных так, что носительницы рогаток не могли ложиться ни днем, ни ночью, хотя бы содержание их продолжалось несколько недель. «Я основательные причины имею думать, — замечает Венинг, — что некоторые из них таким образом мучатся единственно из угонждения тем, кто их отдаст в сие место...» В одном из съезжих домов Петербурга он нашел пять очень тяжелых стульев, к которым арестанты приковывались за шею цепью, принужденные таскать их постоянно за собою.

Если такова была «статика», то легко себе вообразить «динамику». Народное представление, сказавшееся в песнях и поговорках, недаром рисовало «владимирку» — главный путь из Москвы в Сибирь, как нечто мрачное и безнадежное, как путь горькой печали и тяжких вздыханий. А остальное можно себе представить, не боясь впасть в преувеличение.

В начале пути

Роль просвещенного и благородного человека в такое время была столь велика, что от действий его зависела жизнь тысяч российских подданных. Гааз Федор Петрович (настоящее имя Фридрих Иосиф) родился в 1780г., в г. Мюнстерейфель, Южная Германия, в многодетной и небогатой семье аптекаря, сумевшего дать детям хорошее образование. Гааз учился в католической церковной школе, потом в Иенском университете изучал математику и философию, а затем в Венском университете окончил курс медицинских наук, специализируясь в глазных болезнях. Федор Петрович отличался выдающимися способностями и разносторонними интересами. Став великолепным врачом, он особенно эффективно лечил глазные болезни. И правша и левша одновременно — он одинаково ловко работал сразу двумя руками; быстро, почти без боли снимал катаракты. Успешно вылечив находившегося в Вене русского вельможи Репнина от трахомы, Гааз был приглашен благодарным пациентом в Россию, где ему была обещана обширная медицинская практика, и с 1802 поселился в Москве, быстро приобретя известность и постоянных пациентов.

Не имея своей семьи, жил доктор уединенно. Чтобы наладить его холостяцкое хозяйство, приехала к нему сестра Вильгельмина, гостила довольно долго, но жизнь в чужой застенной России, при незнании языка и обычаев, показалась ей ужасной, и она уехала... На энергичного, умелого медика обратила внимание Ее Императорское Величество вдовствующая императрица (вдова Павла I) Мария Федоровна, много сделавшая для развития русской бесплатной медицины. После того, как Гааз успешно поборол тяжелую инфекционную глазную болезнь в одном из госпиталей Москвы, Мария Федоровна назначает его главным врачом Павловской больницы (ныне это четвертая городская клиническая больница). Федор Петрович принимает толпы больных и у себя дома, и в больницах, и в приютах для бедных, и всюду лечит бесплатно. За это он и награждается Владимирским крестом 4-й степени, которым очень гордится. Гааз назначается на все более высокие посты, хотя зависть и клевета сопутствовали его деятельности. У Гаазы был просто талант наживать себе врагов, особенно среди начальствующих особ. Федору Петровичу мешал его прямой, бескомпромиссный характер, горячий темперамент. Над бесребреником Гаазом смеялись, издевались, его травлили, писали на него бесконечные доносы. Девятнадцать лет над ним висело подлейшее обвинение в незаконной растрате на заключенных 1502 рублей казенных денег.

Гаазу так и не удалось побороть два зла в московских больницах: воровство казенного имущества и пьянство врачей на рабочем месте. Следует заметить, что антиалкогольная агитация в то время считалась в России «опаснейшей крамолой». Оба зла не истреблены и по сию пору.

Заслуженный авторитет

В 1809 — 1810 Гааз совершил две поездки на Кавказ, составив описание минеральных вод («Мое посещение Александровских вод». М., 1811, на французском языке), признанное «первым и лучшим в своем роде». В 1814 Гааз был зачислен в действующую русскую армию, участвовал с частями в боях под Парижем, а после окончания заграничного похода русских войск вышел в отставку. Гааз приехал на родину в Германию, успел попрощаться с умирающим отцом, но его неудержимо тянуло в Россию, в страну, которую он называл «мое второе отечество». Гааз вернулся в Москву, хорошо овладел русским языком и, занимаясь частной практикой, стал одним из известнейших врачей. С точки зрения личного успеха все теперь складывалось как нельзя лучше. Гааз быстро приобрел известность, ездил он, по тогдашней моде, в карете цугом на четырех белых лошадях. В свободное время читал, не был чужд дружеской беседы, интересовался астрономией, причем настолько, что даже приобретал по случаю старые телескопы. Костюм его обычно состоял из фрака неизменного покроя с белым жабо, коротких панталон и башмаков с пряжками. Он был личным



Ф.П. ГААЗ

*Мы спешим по делам,
а он спешил делать добро*

Подготовила А. Власова

ИнтерНьюс

В эксперименте на фруктовых мушках генетики проследили, каким образом юные особи превращаются во взрослых насекомых. Если удастся применить эти данные к человеческому организму, станет понятен механизм превращения ребенка в подростка

Если у мушки заблокировать ген DHR4, то превращение личинки в сексуально активную взрослую особь происходит раньше времени. Насекомые с такой генетической мутацией слишком маленькие, они умирают в самом начале взросления. Исследователь Карл Туммель считает, что они нашли ген, который нужен животному для превращения в зрелую особь. Без этого гена взросление наступает слишком рано; животное умирает, так как ген необходим также для жизни во взрослом состоянии.

У человека, вероятно, наступление взросления регулируется похожим образом. Примерно до 12 лет дети остаются нежными и маленькими, а потом начинается половое созревание, и они удивительным образом превращаются в подростков. Как происходит это изменение на молекулярном уровне? Как организм узнает, когда начать меняться? Ясно, что сигнал дают гены; ведь время созревания отличается в разных семьях и у разных народов. По мнению К. Туммеля, наш жизненный цикл состоит из эмбрионального периода, взросления, зрелости и старения. Эмбриональное развитие и старение, в отличие от взросления, хорошо изучены на молекулярном уровне. Если удастся изучить механизм наступления зрелости, используя насекомых как модель, можно будет в дальнейшем применить эти данные и к человеческому организму.

Источник: *Медновости.ру*

После публикации результатов исследования Women's Health Initiative в июле 2002 года многие врачи отменили заместительную гормонотерапию у своих пациенток. Однако мало что известно о женщинах, продолжающих принимать гормоны

Несс Дж. и соавторы провели ретроспективный анализ наблюдений 1000 женщин в постменопаузе, чтобы оценить распространенность приема заместительной гормонотерапии после публикации Women's Health Initiative, уточнить причины продолжения приема препаратов и выявить основные побочные эффекты гормонотерапии. Средний возраст женщин составил 66 ± 9 лет, из них 445 (45%) принимали ранее или продолжали принимать заместительную гормонотерапию. Из этих 445 женщин 159 (36%) все еще получали гормонотерапию, 286 (64%) — прекратили прием препаратов: 181 (63%) после публикации результатов Women's Health Initiative, 136 (48%) расценили это исследование как прямое показание для прекращения терапии. Из 159 женщин, продолжавших принимать заместительную гормонотерапию, основными причинами этого служили тяжелый климактерический синдром у 39 женщин (25%), остеопороз или остеопения у 31 (20%) и желание пациентки в 20 случаях (13%). Из женщин, постоянно принимавших заместительную гормонотерапию, у 41 был атеросклероз (26%), у 7 ранее был венозный тромбоз (4%), у 8 в анамнезе был рак молочной железы (5%), у 12 — семейный анамнез рака молочной железы (8%). Таким образом, несмотря на широко распространенные данные исследования Women's Health Initiative, многие женщины остаются приверженцами приема гормонотерапии, невзирая на имеющиеся относительные противопоказания.

Источник: *Климаткс.ру*

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

В ходе крупного исследования, проведенного американскими учеными выяснилось, что большинство женщин, страдающих от инфекции мочевыводящих путей, понятия не имеют ни о факторах риска, предрасполагающих к этим заболеваниям, ни об элементарных профилактических мероприятиях, а некоторые даже стесняются обратиться за медицинской помощью

По данным National Women's Health Resource Center, инфекции мочевыводящих путей причина номер два по количеству назначаемых антибиотиков, обеспечивающая 8 миллионов обращений врачам за год. Исследование было построено на основании телефонных звонков женщинам с установленным диагнозом инфекция мочевыводящих путей. Выяснилось, что всего лишь 13% женщин в возрасте от 18 до 45 лет знают о том, что половой акт является первичным фактором риска развития инфекции мочевого пузыря, или о том, что элементарные профилактические мероприятия, типа соблюдения личной гигиены, опорожнения мочевого пузыря после полового акта и потребление большого количества жидкости, могут предотвратить развитие заболевания.

Как правило, симптомами заболевания являются жжение при мочеиспускании, позывы на мочеиспускание, лихорадка и боль в животе. Удивительно, но в ходе опроса стало известно, что 39% пациенток надеялись, что инфекция исчезнет сама по себе, 23% лечились самостоятельно, а 24% заявили, что они очень заняты и не могут посетить доктора. 7% заявили, что симптомы внезапно исчезли.

По мнению авторов исследования, женщины, не знающие о том, как предотвратить или лечить инфекции мочевыводящих путей идут на сделку с качеством своей жизни.

Если инфекционный процесс данной локализации оставить без должного лечебного внимания, патология может вовлечь почки, что в скором будущем приведет к развитию мочекаменной болезни и даже к почечной недостаточности, заявляют специалисты из Vanderbilt University Medical Center. Еще более опасны такие инфекции для беременных, поскольку под угрозу ставится не только здоровье будущей матери, но и ребенка.

Источник:
Медновости.ру

Британские ученые обсуждают необходимость приема аспирина — для снижения сердечно-сосудистого риска — всеми лицами старше 50 лет

Исследователи из Университета Кардиффа считают, что ежедневный прием аспирина целесообразен для всех людей с недиагностированной сосудистой патологией, хотя и не может заменить пропаганды здорового образа жизни или терапии гипертонии и гиперхолестеринемии. По мнению д-ра Питера Элвуда и его коллег, такой подход позволит сократить частоту не только сердечно-сосудистых событий, но и рака и деменции. При этом риск кровотечений и других побочных эффектов относительно мал по сравнению со значительным снижением риска инфаркта миокарда и инсульта. Безусловно, речь не идет о назначении аспирина лицам с противопоказаниями; однако в популяции до 90—95% людей могут безболезненно принимать малые дозы аспирина. Однако д-р Колин Бэйжнет и его коллеги (Oxford Radcliffe Infirmary) не согласны с подобной позицией. Они отмечают, что в общей популяции лиц 60 лет ожидаемое предупреждение 2 случаев инфаркта миокарда на 1000 пациентов, пролеченных за год, не может «перевешивать» риск желудочно-кишечных кровотечений (1—2 случая на 1000 ежегодно). По их мнению, прежде чем устанавливать возрастной порог для массовой первичной аспиринопрофилактики, следует получить больше данных о пользе приема аспирина у пожилых людей.

Источник:
BMJ 2005; 330: 1440—1, 1442—3.

Начало на стр. 9

врачом императорской семьи, к нему ехали пациенты со всей России. И, несмотря на то, что он много времени уделяет бесплатной медицине, благотворительности, помимо своего желания Гааз разбогател. У него было два дома в Москве, суконная фабрика в Подмоскowie. В 1825 московский генерал-губернатор назначил доктора руководителем медицинской конторы, снабжавшей больницы и госпитали медикаментами, но все попытки улучшить работу этого учреждения наталкивались на бюрократические препоны. Будучи начальником, он предпринял попытку организовать службу неотложной помощи для внезапно заболевших, но, убедившись в полной невозможности каких-либо новшеств из-за косности чиновников от медицины, оставил свою должность. Много позже он написал: «До последней степени оскорбительно видеть, сколь много старания прилагается держать букву закона, когда хотят отказать в справедливости!»

Сочувствовать и уменьшать страдания

Жизнь его круто изменилась в 1827, когда он вошел в число членов новоучрежденного «тюремного комитета» и одновременно назначен главным врачом московских тюрем. «Между преступлением, болезнью и несчастьем имеется такая тесная взаимосвязь, что иногда трудно, а иногда невозможно отделить одно от другого. Необходимо справедливое, не жестокое обращение с виновным, глубокое сочувствие к несчастным и тщательная забота о больном», — писал Гааз в 1830 году князю Дмитрию Владимировичу Голицыну. Увидев тяжелейшее положение арестантов, Гааз нашел смысл жизни в помощи обездоленным, сделал своим девизом слова: «Спешите делать добро!» Гааз был убежден, что напрасная жестокость только повредит виновному, к несчастному должно проявить сострадание, а больному необходимо признание. Обязанный по должности своей одновременно иметь дело и с тюремной «статикой», и с тюремной «динамикой», Гааз тотчас же увидел путь уменьшения этого страдания, и на это направил свою деятельность.

Каждую неделю раз, а иногда и два, отправлялась из Москвы партия ссылаемых в Сибирь. Пересыльная тюрьма была устроена на правом берегу Москвы-реки, против Девичьего поля и знаменитого монастыря, холмистой грядой здесь возвышаются так называемые Воробьевы горы. Почти вся Москва видна с них, со своими многочисленными церковными главами, башнями и монументальными постройками. Через московскую пересыльную тюрьму шли арестанты, ссылаемые из 24 губерний, и число их в 30-х и 40-х годах 19 века никогда не было менее 6 тысяч человек в год. Так, например, в 1846 году прошло через московскую пересыльную тюрьму в Сибирь и в другие губернии арестантов военных и гражданских, не считая следовавших «под присмотром», 6760 человек, в 1848 году — 7714. В некоторые годы число пересылаемых под влиянием особых временных обстоятельств увеличивалось, и этап приходилось работать усиленно. Вообще с 1827 года по 1846 год в одну Сибирь из России препровождено через Москву 159 755 человек, не считая детей, следовавших за родителями.

В делах Московского тюремного комитета первый биограф Гаазы Анатолий Федорович Кони насчитал двести семнадцать ходатайств Федора Петровича, умолявшего господ-помещиков не различать детей и родителей. Если увещания не помогали, Гааз неизменно упоминал о некоем безымянном благотворителе, готовом оплатить помещику его милосердие. Рубль смягчал окаменевшие сердца. Дети шли в дальние края рука об руку с родителями, а приобретенное многолетней медицинской практикой немалое состояние Федора Петровича таяло день ото дня и к закату его жизни растаяло совсем. У Кони читаем: «Быстро исчезли белые лошади и карета, с молотка пошла оставленная без «хозяйского глаза» и заброшенная суконная фабрика, бесследно продана была недвижимость...»

Принявшись горячо за исполнение обязанностей директора комитета и получив под свое наблюдение и пересыльную тюрьму, Гааз сразу пришел в соприкосновение со всею массою пересылаемых, и картина их физических и нравственных страданий, далеко выходящих за пределы установленной законом даже и для осужденных кары, предстала ему во всей своей яркости. Прежде всего, как и следовало ожидать, его поразило препровождение ссыльных «на пруте». Он увидел, что тягости пути обратно пропорциональны признанной судом вине ссылаемых. Во то время, когда важнейшие преступники, отправляемые на каторгу, свободно шли в ножных кандалах, подвешивая их к поясу за среднее кольцо, соединявшее ножные обоймы цепи, менее важные преступники шли на поселение, нанизанные на прут. В таком положении, стесненные во всех своих движениях и естественных потребностях, они претерпевали в пути всевозможные муки и были лишены всякого отдыха при остановке на полупятах, вследствие лишения единственного утешения узника — спокойного сна. Он услышал слезные мольбы ссыльнопоселенцев, просящих, как благодарения, обращения к ним как с каторжниками. Он нашел также прикованными к пруту не одних осужденных, но, на основании ст. 120 Устава о ссыльных, т. XIV (изд. 1842 г.), и препровождаемых «под присмотром» (т. е. пересылаемых административно на место приписки или жительства), просрочивших паспорта, пленных горцев и заложников, отправляемых на водворение в северные губернии (журналы комитета за 1842 г.), беглых кантонистов, женщин и малолетних, и вообще массу людей, шедших, согласно оригинальному народному выражению, «по невродии» (т. е., говоря словами закона, «не вроде арестантов»). Он нашел также между ними не только ссылаемых в Сибирь по воле помещиков, но даже и препровождаемых за счет владельцев принадлежащих им людей из столиц и других городов до их имений, т. е., вернее, до уездных городов, где стояли имения, причем внутренняя стража вела и их «в ручных укреплениях».

Упрямо идти по пути милосердия

Но Гааз не принадлежал к людям, которые принимают совет «отойти от зла и сотворить благо», т. е. просто не участвовать в творимом другими зле. Он тотчас же забил тревогу по поводу прута, начав против этого орудия пытки борьбу, длившуюся с настойчивою и не остывающею ненавистью с октября 1829-го многие годы подряд. Он нашел себе союзника и влиятельного истолкователя в князе Д.В. Голицыне. Представления и рассказы Гаазы подействовали решительным образом на этого человека, благородного и доступного голоса

житейских нужд. Нужно было много энергии и благородства Гаазы, чтобы во время долгой и томительной переписки о пруте не впасть в уныние, а на месте князя Голицына не махнуть на весь вопрос рукою.

Убежденный в правильности своего взгляда и не желая дожидаться окончания переписки о пруте, которая казалась ему одною лишь формальностью, Гааз в 1829 году принял за опыты над такою заменою прута, которая устранила бы обычные упреки властей в облегчении возможности побега. После ряда опытов удалось изготовить кандалы с цепью, длиною в аршин и весом 3 фунта, получившие затем в тюремной практике и в устах арестантов название гаазовских. В этих кандалах, поддев их к поясу, можно было пройти большое пространство, не уставая. Когда кандалы были готовы и испытаны самим Гаазом, он обратился к комитету с горячим ходатайством о разрешении заковывать в эти кандалы всех проходящих через Москву на пруте. Он в патетических выражениях рисовал положение прикованных, указывал на самоволие конвойных солдат, на жалкую участь «идуших под присмотром» и без вины караемых препровождением на пруте. Кроме того, он представлял средства для заказа на первой партии новых кандалов, обещал, именем «добродетельных людей», доставление средств и на будущее время и объяснял, что для изготовления облегченных кандалов можно приспособить кузницу, оставшуюся на Воробьевых горах. Слова Гаазы, подтверждаемые жалким видом каждой этапной партии заключенных, встретили сочувственный отклик все в том же князе Голицыне. В декабре 1831 года он предложил комитету принять немедленно меры к приспособлению кузницы, оставшейся от Витберга, для перековки арестантов по указанию доктора и к переделке кандалов по новому образцу, представленному тем же Гаазом. Комитет, заседавший 22 декабря, приняв к исполнению предложение генерал-губернатора, просил того, в свою очередь, предписать командующему внутренним гарнизоном в Москве и приказывать начальникам местных этапных команд не препятствовать исправлению кандалов под руководством доктора Гаазы и использовать их на пришедших в Москву арестантов взамен прута.

Таким образом, без шума, без хождения по инстанциям прут оказался фактически уничтоженным в Москве благодаря смелому почину влиятельного генерал-губернатора.

Пересылаемые встретили нововведение Гаазы с восторгом, но для того, чтобы оно могло удержаться, чтобы вызванная князем Голицыным готовность содействовать ему не охладела, не перешла в апатию и в то, что князь В.Ф. Одоевский характеризовал в своей записной книжке словом «рукавоступие», нужно было энергично следить за делом на месте, не уставая и не отставая. Это и делал Гааз. Целые дни проводил он на Воробьевых горах, наблюдая за устройством кузницы, и затем, в течение всей своей жизни, за исключением последних ее дней, не пропускал ни одной партии арестантов, не сняв, кого только возможно, с прута и «с цепи Капшевича», и не приказав перековывать при себе в кандалы нового вида. Ни возраст, ни упадок физических сил, ни постоянные столкновения с этапным начальством, ни недостаток средств не могли охладить его пыл к этой «службе» и удержать от исполнения ее тягостных обязанностей. В столкновениях он побеждал упорством, настойчивым отстаиванием введенного им обычая, просьбами и иногда угрозами жаловаться, ни пред чем не останавливаясь. Недостатку средств на заготовку «гаазовских» кандалов он помогал своими щедрыми пожертвованиями, пока имел хоть какие-нибудь деньги, а затем приношениями своих знакомых и богатых людей, которые были не в силах отказать Гаазу, никогда ничего не просившему для себя.

Д.В. Голицын, под влиянием убеждений Гаазы, послал Капшевичу подробную записку и образец гаазовских кандалов в надежде на замену прута. Но Капшевич ответил ему особым докладом, где в защиту прута приводились самые странные соображения. Оказывалось, что «кование в кандалы» равняется телесному наказанию, а значит допущение его взамен прута по отношению к маловажному преступнику было бы несправедливостью; оказывалось затем, что именно этихто маловажных преступников и следует, ввиду их закоренелости в злодеяниях, лишать телесной силы, которая заключается не в ногах, а в руках, и потому водить их, в отличие от каторжников, необходимо на пруте, и т. д. Тогда, уже в 1833 году, после отставки прежнего начальства, князь Голицын послал гаазовские кандалы и объяснительную к ним записку новому министру внутренних дел, прося его содействия. Содействие было оказано, но в результате различных влияний вопрос о кандалах не был полностью разрешен. В 1833 году последовало временное разрешение вместо приковывания к пруту арестованных за легкие проступки надевать им ножные кандалы, если они сами того пожелают, и будут просить у начальства, как особого снисхождения и милости. Это распоряжение страдало рядом недомолвок, обративших его посылку, где не было радостей о заключенных вроде Гаазы, в мертвую букву.

Что значат *легкие проступки*? Кто определяет их удельный вес? Где средства для приобретения кандалов? И какие это кандалы — старого образца или гаазовские? Наконец, замена *права* арестанта быть снятым с прута предполагалась «снисхождением и милостью» начальства, и при том неизвестно какого, уничтожала всякий действительный характер у этой меры.

Но в Москве партии ссыльных неустанно сторожил Гааз, и чрез него все пришедшие на пруте, выражали желание и просили милости, настойчиво и решительно, а в случае противодействия прибегая к разрешению генерал-губернатора. Начальники местных этапных команд роптали, сердились, удивлялись охоте Гаазы хлопотать и «распинаться» за арестантов, но, в конце концов, мирились со странными обычаями тюрем на Воробьевых горах. Только в конце 30-х годов, во время частых поездок серьезно больного князя Голицына за границу, когда Гааз подолгу бывал лишен возможности опереться в этапных спорах на его разрешение, эти начальники стали иногда резко отказывать в просьбах о перековке арестантов, ссылаясь на категорические распоряжения Капшевича. Но Гааз не унывал. Он не только требовал, в декабре 1837 года в особой записке от имени временно исполнявшего обязанности московского генерал-губернатора Нейдгардта, он даже домогался освобождения от заковывания навсегда дряхлых и увечных арестантов, находя, что «с настоящею волею правительстве не может быть сообразно, чтобы люди, лишённые ноги, все-таки, как это ныне водится, получали кандалы и, не имея возможности их надевать, носили их с собою в мешке».

Читайте продолжение в следующем номере

ПАМЯТИ ИННЫ ГРИГОРЬЕВНЫ ДАНИЛЯК



19 мая 2005 г. в Москве сильный обложной весенний дождь с грозой. Сегодня умер мудрый врач-терапевт, клиницист, всю жизнь страстно обучавший медицинскую молодежь; пульмонолог, профессор Госпитальной терапии ММА, доктор медицинских наук — Инна Григорьевна Даниляк.

Ее клиническая жизнь прошла рядом и параллельно с моей клинической жизнью на протяжении более 40 лет.

Я помню ее еще одной из любимейших студенток, тогда — ассистента кафедры Госпитальной терапии первого лечебного факультета I МОЛМИ, (позднее ставшего почетным академиком) Анатолия Сергеевича Логинова. Чуть позже она была в руководимой академиком Александром Леонидовичем Мясниковым

клинике зачислена в штат клиники Госпитальной терапии первого лечебного факультета старшим лаборантом. Все последующие годы до конца жизни второго профессора Госпитальной Терапевтической клиники Бориса Борисовича Когана она была вернейшей его ученицей. Будучи клиническим ординатором, я впервые с ней бок о бок работал в течение двух лет в больнице «Медсантруд» (Яузской). Уже тогда она поразила меня глубиной и широтой клинических знаний и страстной любовью к постоянному самоусовершенствованию в области клинической терапии. Тогда ее основным учителем была Елена Степановна Ходжамирова — прекрасный молодой ассистент. Потом последовала работа ее над кандидатской диссертацией, посвященной исследованию 17-кетостероидов при бронхиальной астме. Это уже было в здании старой Госпитальной терапевтической клиники в комнате на третьем этаже; а работала она тогда под руководством молодого ассистента клиники Якова Михайловича Милославского. Эта комната явилась своеобразным зародышевым центром будущей гормональной лаборатории при Госпитальной терапевтической клинике (под руководством Татьяны Дмитриевны Большаковой), которая в свою очередь переросла в гормональную межклиническую лабораторию с ее первым руководителем профессором В.В. Меньшиковым. Затем года три мы с Инной Григорьевной работали ассистентами в параллельных терапевтических отделениях 67-ой городской больницы, что на Хорошевском шоссе, под руководством профессора Бориса Борисовича Когана. В эту же больницу мы с ней снова вернулись через некоторое время — она в качестве доцента, я профессора; руководителем клиники в то время был уже профессор Вадим Семенович Смоленский.

Мудрым, широко клинически образованным профессионалом всегда была Инна Григорьевна Даниляк. Всю себя она отдавала трем главным направлениям своей деятельности: клинической работе с больными, преподавательской — с клиническими и молодыми городскими ординаторами, студентами, многие из которых, не юные и заслуженные теперь

люди, запомнили ее на всю жизнь, и научной деятельности в области пульмонологии. Последнее направление завершилось написанием и защитой докторской диссертации на тему «Современная фармакотерапия больных бронхиальной астмой».

И снова мы с ней работаем в основном здании Госпитальной терапевтической клиники на «Пироговке» — она доцентом, я вторым профессором. Ее краткие, но яркие выступления на клинических разборах, на клинических кафедральных конференциях, на патологоанатомических конференциях отличались ясностью мысли, глубиной, оригинальностью. Многие годы работы в Госпитальной терапевтической клинике я и Инна Григорьевна отдали совершенствованию педагогического процесса — это тогда называлось внедрение Единой методической системы (ЕМС) при участии кафедры педагогики I ММИ, и написанию кафедральных методических пособий для студентов и преподавателей. Нередко Инна Григорьевна выступала в Терапевтическом обществе. Часто мы ездили с шефской помощью в Тулу. Многие годы она активно участвовала в работе пульмонологического общества в Москве. Много выступала на различных научных конференциях. В течение последних десятилетий она была одним из ближайших помощников на кафедре у академика Федора Ивановича Комарова и профессора Александра Васильевича Сумарокова. Под ее руководством было защищено много диссертаций. Моя и ее клиническая деятельность на кафедре нередко совпадали: в течение многих лет то я руковожу терапевтическим кружком на кафедре, то она; то же относится и к факультету усовершенствования преподавателей, к группе студентов VI курса и интернов. Уверен, что в нашей работе всегда присутствовала дружеская преемственность. Как много Инной Григорьевной в содружестве с учениками опубликовано работ по пульмонологии. Лекции студентам Инны Григорьевны Даниляк отличались мудростью, фактологичностью и ясной логичностью изложения.



Инна Григорьевна на заседании МГНОТ, посвященном 10-летию журнала «Клиническая геронтология»



С Виленским С.С. на заседании МГНОТ, посвященном А.П.Чехову, 27 октября 2004 г.

Последние два года она часто болела, и очень серьезно. С каким потрясающим мужеством и какой ясностью души и ума она преодолевала эти недуги и продолжала работать до последних дней своей жизни. Это само по себе достойно преклонения!

Память об этой вернейшей дочери Госпитальной терапии ММА, об Инне Григорьевне Даниляк, будет долго жить в душе многих и многих, так или иначе связанных с Госпитальной терапевтической клиникой.

Возможно, много будет написано воспоминаний об Инне Григорьевне, но все они персонально индивидуальны. Я написал СВОИ воспоминания в день ее смерти.

Экс-профессор Кафедры Госпитальной терапии, д.м.н. А.В. Сучков
20 мая 2005 г.

От редакции Вестника МГНОТ. Инна Григорьевна была известна многим терапевтам г. Москвы как добрый, внимательный, отзывчивый человек и прекрасный врач. Ее уход будет ощущаться еще долго...

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсора

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

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

Сопредседатели секции:

- Кириенко А.И., член-корр. РАМН, профессор
- Савенков М.П., д.м.н., профессор
- Парфенов В.А., профессор, невролог

Программа заседания:

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

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

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

ВПЕРВЫЕ!

СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2005 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «НьюДиамед»

Справочник Формулярного комитета включает только жизненно необходимые лекарственные средства, которые на протяжении многих лет отбирались Формулярным комитетом для Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Справочник содержит сведения о 416 лекарственных средствах.

Формулярные статьи прошли тщательную экспертизу и содержат стандартизированные по форме и содержанию сведения о применении лекарственного средства, включая правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала. Справочник обеспечивает практикующих врачей адекватными и достоверными данными по применению наиболее эффективных лекарственных средств. Справочник может быть использован для составления формуляра территории или медицинской организации. Информация по применению лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании!



Уважаемый коллега!

Приглашаем Вас принять участие в работе Юбилейной X Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни»

Место проведения:
Центральный Дом Ученых РАН
Ул. Пречистенка, 16.
Проезд: м. «Кропоткинская»

Начало регистрации - 8.30
Начало работы Конференции - 10.00

Подробная информация на сайте: www.zdrav.net

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Карман пациента глазами кардиолога»

15 сентября 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям



АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ

профессор П.А. Воробьев
Издательство "Ньюдиамед"

Пособие для практических врачей, которым необходимо решать диагностические и лечебные задачи у постели больного.

Последние достижения в данной сфере; основные закономерности патологии гемостаза; углубленные представления о патогенезе многих заболеваний; новые взгляды на терапевтические подходы; наиболее актуальные с практической точки зрения проблемы; самые сложные теоретические позиции — исчерпывающую информацию о современном состоянии дел с этой тяжелой патологией — студент, интерн, ординатор, практикующий врач найдет в этой книге.



Жизнь без гипертонии

АПРОВЕЛЬ
ирбесартан / Irbesartan

Защита день за днем

sanofi aventis

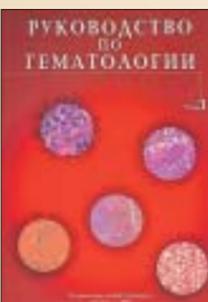
107045, Москва, Посольский пер., д.23, стр.3 - Тел: (095) 721 14 00 - Факс: (095) 721 14 11
101000, Москва, Уланский пер., д.9, стр.1 - Тел: (095) 926 97 01/11/24/38 - Факс: (095) 926 97 10/34

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Атеротромбоз. Причина или результат?»

14 сентября 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям



Третий том уже в продаже
Заканчивается издание трилогии
ВНИМАНИЕ!

РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ

В 3-х томах
Под редакцией академика А.И. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»

Уникальное издание создано лучшими специалистами России

Фундаментальное медицинское издание, отражающее все современные данные по вопросам физиологии и патофизиологии системы крови. В 3-м томе представлены следующие разделы: гемостаз (общие сведения о механизмах гемостаза; патология тромбоцитарного гемостаза; наследственные нарушения коагуляционного гемостаза; редкие наследственные коагулопатии; приобретенные геморрагические коагулопатии; синдромы диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови; тромботические микроангиопатические гемолитические анемии; геморрагические ангиопатии и гематомезэнхимальные дисплазии; невритические и имитационные виды кровоточивости; нарушения гемостаза при онкогематологических заболеваниях; предтромботические состояния и тромбофилии); анемии (железодефицитные; мегалобластные; гемолитические; апластическая) порфирии; наследственный гемохроматоз; метгемоглобинемия и др. Стиль изложения делает книгу интересной не только для специалистов гематологов, онкологов, но и для врачей-терапевтов, педиатров, неврологов, семейных врачей, врачей других специальностей, преподавателей медицинских ВУЗов и факультетов послевузовской профессиональной подготовки.



ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

Под ред. проф. П.А. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»

Бестселлер учебно-методической литературы!

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

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

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон (095)118-7474, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65

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

Книги издательства НЬЮДИАМЕД можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru



Юбилейная X Международная научно-практическая конференция

ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.

Москва
28-30 сентября 2005 года

ПРИГЛАШЕНИЕ
Вход свободный