



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Январь 2011

№ 1 (112)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>  
Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

...Жизнь началась на Рублевке, по соседству со Сталиным. Вернее, мои родители, латышские коммунисты с дооктябрьским стажем, по понятным причинам вынужденные эмигрировать из Латвии в 1918 году и осесть на родине мировой революции, обосновались в Кунцево еще раньше вождя народов, в 1930 году. Мне, младшему сыну в семье, шел тогда второй год. Вероятно, ради здоровья сына родители и предпочли свежий загородный воздух сырой и опасной во всех отношениях атмосфере какого-нибудь номенклатурного Дома на набережной. А знаменитая «ближняя дача» возникла несколькими годами позже.

## Вижу вас будущим президентом Латвии

**Калнберз Виктор Константинович,**  
Академик РАМН, Латвийской АН,  
доктор медицинских наук, профессор

**Воробьев Андрей Иванович,**

Академик РАМН и РАН, доктор медицинских наук, профессор



Здесь же, в Кунцево, я ходил в школу и бегал на переменах с товарищами к шоссе смотреть на проезжавшего в открытой машине усатого бога. Я не знаю, как родителям — старым большевикам удалось выйти из страшных сталинских «чисток», в которых совсем мало кто уцелел из несгибаемых «латышских стрелков». Думаю, что спасительную роль сыграл отъезд родителей на работу в Туву в первой половине 30-х. Мои родители были врачами, после окончания медицинского факультета МГУ их направили на практику в Кызыл, столицу Тувинской народной республики. И в школу я пошел именно там. Затерялись люди в глуши, на границе с Монголией, где доказывали преимущества стетоскопа и скальпеля перед шаманскими заклинаниями, не успели «запятнать» себя ни связями с оппозицией, ни посещениями московского латышского клуба или театра «Скатуве»... А когда вернулись в Москву, тут уже все было решено и приведено в исполнение. В 1936 году мы вернулись в Москву, а в 1940 году, после «присоединения» Латвии к СССР семья ненадолго вернулась на родину. Но уже 28 июня 1941 отсюда спешно выехала — фактически с последним эшеломом. 30 июня немцы были в Задвинье, и следующий эвакопоезд был начисто разбомблен. Годы войны врачи-родители провели, работая в военных госпиталях, поэтому мне в школьные годы часто приходилось менять и классы, и друзей. Мой старший брат Костя с третьего курса МАИ ушел добровольцем в латышскую дивизию Красной Армии. Участвовал в ликвидации Курляндского котла, сложившегося осенью 1944 года после освобождения Риги и окончательно уничтоженного лишь в самые последние дни войны. Константин был ранен и за два дня до Победы умер в госпитале. Попади брат в мои руки — не тогда, конечно, в 45-м, когда я заканчивал среднюю школу, а потом, когда уже стал хирургом, — я бы его спас. Брат был, что называется, моим пациентом: открытый перелом голени. Не самое тяжелое повреждение, но то ли плохой пенициллин, то ли вообще его отсутствие не оставили ему шансов. Трагическая и отчасти нелепая гибель брата очень повлияла на мою жизнь. Еще в 10-м классе я собирался поступать в МИМО, прошел даже собеседование, а вот в мае 1945 передумал и решил идти в медицинский. Между прочим, я окончил школу с одной из первых в советской истории золотых медалей. Классическую награду царской школы только-только восстановили, выпуск 1945 года был первым, в котором она присуждалась. Осенью 45-го я поступил на медицинский факультет Латвийского государственного университета — первый послевоенный набор. В стране карточная система, тяжело с продуктами, с одеждой: на лекциях я сидел в солдатском ватнике. А перед тем как идти в холодный анатомикум, мы кололи дрова и топили печку. Группа наша оказалась очень сплоченной, мы часто вместе ездили на природу. Это было очень светлое, дружное время. Я закон-

чил (естественно, с отличием) мединститут в Риге в 1951 году. Сразу после института пришел работать в качестве научного сотрудника в Рижский НИИ травматологии и ортопедии, который возглавлял с 1959 по 1994 год, также как и кафедру травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Рижского мединститута (позже — Латвийской медакадемии, Рижского университета им. П. Страдина).

В 1968 году мне позвонил из Москвы биолог Демихов, с которым я был дружен. Имя Демихова гремело тогда в связи с шокировавшими общественность опытами по пересадке жизненно важных органов, которые он проводил на животных: то легкие от одной собаки к другой пересадит, то вовсе вторую голову пришьет... В те годы Демихов в основном прорабатывал за «бесплезные» эксперименты, а оценили их чуть ли не в конце 80-х, когда присудили Госпремию. Демихов рассказал, что к нему обратилась женщина с просьбой «сделать из нее мужчину». Не будучи врачом, естественно, Демихов помочь ей не мог: человек все-таки не теленок, которому биолог как раз в ту пору успешно вживил второе сердце. А я, как он считал, мог. Тогда я занимался пластической хирургией, фаллопротезированием, оперировал гермафродитов, устраняя им менее выраженные и усиливая более развитые признаки пола. Свой первый фаллопротез я поставил еще в 1963 году: кто вообще тогда знал, что такие штуки существуют? То была замечательная история, потому что я фактически спас беднягу-моряка, который из-за неудач на любовной почве пытался покончить с собой. Протез заставил его воспрянуть духом. В стиле времени пациента звали в клинике Гагариным — первым был. Логично, что второго прозвали Титовым. Это был случай по жанру вполне трагикомический. В начале 50-х будущего «Титова» арестовали в ходе раскручивавшегося «дела врачей», инсценировали расстрел, стреляя над головой. Последствия таких гебистских забав не замедлили сказаться: тяжелая психическая травма лишила его возможности иметь сексуальные отношения. Он очень от этого страдал, тем более что по природе был большим жизнелюбом, и в начале 60-х пришел ко мне на прием. Я помог ему, что называется, родиться заново. Фантазия у этого пациента оказалась почище, чем у Боккаччо и героев «Декамерона». Протез он, помимо всего прочего, превратил в орудие мести. Специально знакомился с женами офицеров КГБ и соблазнял их. Успех имел неизменный. Однако к операции по перемене пола я даже

Продолжение на стр. 2

### Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!  
Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2011 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 500 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД  
Просим вас, при желании в 2011 г. получить газету, оплатить ее доставку до 1 января 2011 г.!  
С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

#### ИЗВЕЩЕНИЕ

Кассир	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа) Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2011 г. (с НДС-18%) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2011 года
--------	--

#### КВИТАНЦИЯ

Кассир	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа) Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2011 г. (с НДС-18%) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2011 года
--------	--

## ИнтерНьюс

### Обман потребителей: «нетоксичная», «экологически чистая» бытовая химия

Исследователи из США продемонстрировали, что бытовая химия с отдушками и ароматизаторами, которую часто метят как «экологически безопасную» («green»), может быть источником опасных химических веществ, обычно не включаемых в перечень компонентов стирального порошка или посудомоечного средства. Исследователи из группы Анн Штайнеманн из Университета Вашингтона (Сиэтл) использовали методы газовой хроматографии для анализа летучих органических соединений (volatile organic compounds, VOC), выделяющихся из двадцати пяти марок средств бытовой химии, являющихся лидерами продаж на рынке США, таких как стиральные порошки, моющие средства и освежители воздуха. Было обнаружено, что вся эта бытовая химия является источником опасных химических соединений. Среди обнаруженных токсичных соединений были найдены такие канцерогены, как ацетальдегид, формальдегид, 1,4-диоксан и дихлорметан. По словам Штайнеманн, Агентство по защите окружающей среды США не допускает даже следового содержания этих соединений в химических продуктах бытового назначения. Другие обнаруженные исследователями из Сиэтла опасные соединения, для которых, однако, существуют нормы содержания — метанол, кумол, гексан и хлорметан. В соответствии с законодательством США, производители химических продуктов бытового назначения не обязаны указывать состав смеси, применяющейся для отдушки товара. Также законом строго не определяются употребление таких характеристик как «экологически чистый» (green), «природного происхождения» (organic), «нетоксичный» (non-toxic) или «натуральный» (natural). Десять из 25 изученных продуктов были помечены вышперечисленными метками, однако было обнаружено, что продукты с заманчивыми метками также испускают токсичные соединения, как и продукты, которые не помечены как «экологически чистые». Ян Колбек, специалист по экологии воздуха из Университета Эссекса, отмечает, что в настоящее время никто точно не знает, что конкретно могут обозначать термины «экологически чистый» или «природного происхождения» по отношению к продуктам бытовой химии, и поэтому, полагает он, производители химических продуктов бытового назначения только бы выиграли, если бы был разработан ряд правил, законодательно закрепляющих правомерность использования терминов «натуральный» и других. Колбек обеспокоен незначительной информацией о влиянии компонентов парфюмерных отдушек на здоровье человека, однако Штайнеманн полагает, что сделать окончательный вывод об опасности или безопасности бытовой химии сложно — влияние летучих органических соединений на здоровье человека практически невозможно отделить от влияния других факторов, воздействию которых подвергается организм человека. Штайнеманн подчеркивает, что исследование токсичности обнаруженных в моющих средствах соединений может быть индивидуально для различных людей — вещество, которое безопасно для большинства людей, у кого-то может вызвать приступ астмы, а у кого-то — эпилептический припадок. Может получиться и так, что два летучих органических вещества, безопасных по отдельности, будут наносить вред здоровью при их совместном воздействии. Соглашаясь с тем, что незначительные количества летучих органических соединений могут не представлять значительной опасности для большинства домохозяек, Колбек, тем не менее, предполагает, что нужно исследовать влияние продуктов бытовой химии на тех, кого, благодаря частым контактам с ними, можно включить в группу повышенного риска — например, работников прачечных служб или клининговых компаний.

Источник: ChemPort.Ru

Начало на стр. 1 ↗

в мыслях не приступал. Никто в Советском Союзе таких операций не делал, и вообще в мире к тому времени их было сделано всего три, и все без полной трансформации. Но принять пациентку я согласился. Она приехала в Ригу, рассказала действительно печальную историю жизни человека, которому природа по ошибке вложила в женскую оболочку мужскую психику. Трижды эта «женщина по ошибке» пыталась покончить с собой, трижды ее спасала мама, которая прибыла с любимой дочкой в Ригу и тоже была яркой сторонницей операции. Консилиум подтвердил: операцию делать нужно, иначе пациентка все равно не жилища на белом свете — новые попытки суицида неизбежны. Впервые, видимо, в своей жизни я — атеист пошел советоваться со священниками. Один из них сказал мне примерно следующее. Врач — посланник Бога. И если природа совершает ошибку, то врач не только имеет право, но должен ее исправить. И я решил исправлять. Чтобы принять это решение, мне понадобилось два года: только в 1970 году я приступил к операции. Сложнейшая, проводившаяся в несколько этапов, она прошла успешно. Инна превратилась в Иннокентия, нового советского мужчину по всем правилам (какие, впрочем, могли быть для этого случая правила? но выдумали какие-то, чтобы соблюсти все формальности и полностью легализовать нового гражданина СССР) освидетельствовала комиссия, в которую я призвал всех — от коллег-хирургов до судмедэксперта и милицейского чина. Последнего, правда, не пустили на медосмотр. Бывшая Инна получила новые документы и вернулась в Москву. В Москве, кстати, об этом фантастическом по тем временам эксперименте ничего не знали. Операцию я согласовал сугубо на республиканском уровне, с министром здравоохранения Латвийской ССР, который «по совместительству» был заместителем члена Политбюро и председателя Комитета партийного контроля Пельше, а потому вес имел особый, побольше, чем обычный министр союзной республики. Но министр добро на операцию дал, но устное, чтобы в случае чего не отвечать. Когда операция успешно прошла, я тоже не дал ей никакой огласки даже в узких научных кругах. Продолжал в Риге, как ни в чем не бывало, править людям кости и вшивать протезы. Вскоре министр вызвал меня к себе и сказал, что глава союзного здравоохранения Борис Васильевич Петровский желает со мной встретиться и просит доложить о проведенной операции по превращению Инны в Иннокентия. Я насторожился, но министр успокоил меня и даже предположил, что можно крутить дырку в лацкане пиджака для новой награды. Хорошо я хоть пиджак не стал портить. Петровский, который отлично знал меня, поскольку часто отдыхал в Юрмале и вообще относился ко мне очень доброжелательно, с первых слов разговора заявил — почти как в известном фильме, — что я преступник и место мое в тюрьме. И сообщил, что моей деятельностью интересуется министр юстиции Терехов. «Почему?» — изумился я. «Потому что вы искалечили женщину! Как вы могли на это решиться? Кто вас надушил? Этот Демидов, который только и может, что собакам головы к задницам пришивать?! В социалистическом обществе недопустимо то, что вы сделали! В капиталистическом обществе вы были бы миллионером, а здесь вы преступник!»

Закончил Петровский свою филиппику и вовсе шедеврально:

— Вот если бы вы две недели не брились и не мылись, то знаете, на кого были бы похожи?

— На кого? — поинтересовался я, готовый уже ко всему.

— На Солженицына!

Это звучало почти как приговор. Но наблюдение, впрочем, меткое: действительно, был бы похож, отпусти я бороду... Вскоре в Ригу нагрянула комиссия из союзного Минздрава в составе главного уролога Москвы, главного гинеколога и прочих высокопоставленных специалистов. Был в ней даже психиатр из Института Сербского. Комиссии, как позже я узнал, было дано задание: составить акт, осуждающий деятельность хирурга, на основании которого предлагалось освободить его от всех должностей, наказать по партийной линии, и т. д. Спасла меня моя педантичность. Ни одна фаза, ни одна секунда сложной, многоэтап-

ной операции по переделке Инны в Иннокентия не осталась незадокументированной и не заснятой на слайды или моно пленку. Когда комиссия изучила десятки стенограмм консилиумов, более тысячи слайдов, многочасовые кинозаписи познакомились с самой бывшей Инной, специально для этого приехавшей из Москвы в Ригу, то в полном составе приняли мою сторону. Мало того: признали мою операцию крупным научным достижением. Самым большим откровением однако, для меня стало признание коллеги из Института Сербского по фамилии Мкртчян. Оставшись со мной наедине, он спросил меня:

— Виктор Константинович, а вы знаете, для чего я здесь?

— Конечно, — ответил я. — Для того, чтобы оценить психическое здоровье моей пациентки накануне операции и сейчас...

— Вы наивный человек. Я здесь для того, чтобы оценить ваше психическое здоровье...

Только тогда я понял, что был в шаге от полного падения. Меня не собирались ни арестовывать, ни посадить в тюрьму. Собирались просто записать: сумасшедший. И на другой день меня бы не подпустили к операционному столу, и моя карьера была закончена... Психиатра Мкртчяна, ныне покойного, я с благодарностью вспоминаю по сей день. Впрочем, немалое мужество проявили и все остальные члены комиссии, которые вернулись из Риги в Москву с актом о выдающемся научном достижении вместо акта о преступной деятельности, за которым их посылали. Не подкачал министр латвийского здравоохранения: в решающий момент подтвердил, что дал добро на операцию и не раскаивается.

Впрочем, верен себе остался и Петровский: выговор по секретной линии мне все-таки вкатил. Но тем и ограничился. Впрочем, нет: наложил еще запрет на разглашение любой информации об операции. И, конечно, на повторение самой операции. Запрет длился 20 лет.

Решив, видимо, окончательно поставить крест на «несоциалистических» экспериментах хирурга, министр Петровский стал чуть ли не на каждом активе клеймить некоего анонима, который «додумался до того, чтобы пациентам пол менять». Люди в зале умирали от любопытства: кто же этот неизвестный гений и злодей в одном лице? Шила в мешке не утаишь — выяснили. Слух обо мне стал разползаться, причем в высших сферах. Одним словом, министр Петровский сделал мне фантастический, как мы теперь бы сказали, промоушн. Первые люди государства при малейшей медицинской необходимости и даже без оной стали интересоваться: а нельзя организовать консультацию у этого самого Калнберза из Риги? Хотя пол никто из них вроде менять не собирался, и просились они часто на прием по весьма косвенно связанным с основным профилем хирурга-ортопеда проблемам. Одним из первых попросил о консультации Пономарев — если кто не помнит, шеф международного отдела ЦК. Я поинтересовался у лечащего пономаревского врача, который и вышел со мной на связь: согласовали ли его вызов в Москву с Минздравом и его главой? Ответили как в Одессе, вопросом на вопрос: мол, представляю ли я себе разницу между секретарем ЦК и министром?

Тем не менее Минздрав от меня не отставал. В ту пору я очень активно стал заниматься разработками в области фаллоэндопротезирования при импотенции. Я получил патенты в США, Англии, Франции, ФРГ, многих других странах. Все это, как мне дали понять, медицинскому руководству страны очень не нравилось. Институт травматологии и реконструктивной хирургии, который я возглавлял, — и какая-то частная проблема, импотенция какая-то... «Ты чего глупостями занимаешься?» — сказали мне. — Коммунизм могут строить и импотенты». Я стал ожидать очередных неприятностей. Из профессии, думал я, теперь уже не выгнать благодаря известности в высших сферах, но операции по протезированию как пить дать запретят. И в это время раздался звонок из Москвы: «Профессор Калнберз? С вами будет говорить Юрий Владимирович Андропов...». Я когда он услышал, кто со мной будет говорить, от растерянности чуть не задал дурацкий вопрос: «Тот самый Андропов?»

Продолжение на стр. 3 ↘

## ИНСУЛЬТ

Нормативные документы

### ИНСУЛЬТ. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Под редакцией П.А. Воробьева

Ньюдиамед, 2010 г. — 480 с.

ISBN 978-5-88107-083-0

Книга «Инсульт. Нормативные документы» включает в себя Протокол ведения больных. Инсульт, стандарты медицинской помощи больным с инсультом на разных этапах ее оказания, а также порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

По вопросам приобретения обращаться:

Издательство «Ньюдиамед»

www.zdrav.net

E-mail: mtpndm@dol.ru

(499) 782-31-09

Издательство НЬЮДИАМЕД  
Москва — 2010

Начало на стр. 1, 2 ↗

А когда в трубке раздался тихий интеллигентный голос, то захотел встать. По счастливой для меня случайности, андропо-скому другу, тоже генералу, тоже председателю, работающему в одной из стран Восточной Европы, как представил своего товарища Андропов, потребовалась моя помощь. Видимо, все-таки не все в советском руководстве считали, что коммунизм могут строить и импотенты. Операция прошла успешно, ее курировал лично тогдашний шеф советской контрразведки, будущий глава КГБ Крючков. После этого начальство махнуло на меня рукой: пусть делает что хочет... Пациентов из числа строителей коммунизма у меня оказалось много. И в СССР хватало, ехали со всей страны, а уж среди деятелей мирового коммунистического движения и вовсе никто, наверное, не думал, что импотенция не помеха для созидания всеобщего счастья. На одной из выставок страшно заинтересовался моими фаллоэндопротезами партайгеноссе Хонеккер. Но моим пациентом не стал. А однажды мне позвонили от Фиделя Кастро. Во время одного из покушений на кубинского лидера (счет которым, как известно, давно идет на сотни) охранник прикрыв его собственным телом, спас, приняв на себя автоматную очередь, сам тоже выжил, однако в итоге многих операций остался импотентом. Узнав по своим каналам, что в далекой Риге есть хирург-золотые руки, который помогает мужчинам в этих печальных ситуациях, Фидель попросил меня его принять. Пациент прилетел в Ригу вместе с мамой и вернулся на Кубу полноценным мужчиной. И таких сотни, если не тысячи. Некоторые, правда, злоупотребляли полученным у меня приобретением, на радостях пуская его в ход направо и налево, и одному товарищу жена из ревности и мести даже прокусила мое творение. Правда, в силу специфики операции большинство пациентов, особенно из числа известных людей, предпочитали оставаться инкогнито. Единственное исключение составил замечательный актер Николай Гриценко. Был он великий женолюб, в коридорах Вахтанговского театра не пропускал ни одной молоденькой актрисы, чтобы не поглядеть ее плечико, похлопать по щечке или поцеловать. На старости лет в очередной раз женился на молоденькой, но тут уже потребовалась моя помощь, и Николай Олимпович направил свои стопы ко мне. После спешной операции пришел в мой кабинет, увидел портретную галерею с многочисленными знаменитостями, из которых кто был моим пациентом, а кто просто другом. Говорит: «Я вам тоже свой портрет принес в подарок». Он поблагодарил меня, достал ослепительно красивую фотографию молодых людей надписал: «Уважаемому Виктору Константиновичу Калнберзу — феноменальному человеку, который может мужчину в любом возрасте сделать счастливым». Я оторопел: «Николай Олимпович, что же вы пишете?! Я повешу портрет в своей галерее, и все сразу поймут, что я вам оперировал...» «Ну, и хорошо, — отвечает Гриценко, — пусть все знают. Еще больше меня любить будут!»

Но я никогда не закидывался на этих фаллопротезах. И ноги из осколков собирал, и носы приделывал, и груди. Одному молодому болгарину удлинил ногу на 60 сантиметров.

3 февраля 1975 года в моем кабинете раздался звонок. Звонил руководитель общества дружбы с зарубежными странами Александр Емельянов.

— Витя, ты сильно занят? В Ригу приехали два американца, они хотят с тобой встретиться. Можешь?

— Не могу. У меня запланированы операции, времени совсем нет. Направь их в больницу Страдина, это флагман нашей медицины.

— Они приехали из Америки специально, чтобы встретиться только с тобой. Если ты их не принимаешь, они разворачиваются и улетают. Никакая Страдина их не интересует. Им нужен только ты, но детали по телефону я рассказывать не могу, — ответил Емельянов.

Я смутился. Рижский НИИ в то время был учреждением режимным. А директор института был членом секретной комиссии номер два — она занималась аппаратами внешней фиксации для нужд обороны. И любой визит иностранцев в институт должен был быть согласован.

— Да не волнуйся ты! — продолжал тараторить в трубку Емельянов. — Я уже позвонил в КГБ ЛССР Бруно Штейнбрику, он не против.

Американцы появились в моем кабинете через двадцать минут. Фамилию одного я сейчас и не вспомню, а второй, высокий и импозантный, представился как Генри Грис. Он

свободно говорил по-русски, но его язык был больше похож на стихи Пушкина, в СССР так не говорили.

Генри Грис оказался главным редактором американского еженедельника The National Enquirer, а его коллега — заведомо этого же журнала

— Профессор, нас интересуют ваши операции по маммопластике. То есть по наращиванию груди у женщин. Если вы можете о них рассказать, мы будем вам признательны и, с вашего позволения, запишем ваш рассказ на магнитофон, — начал Генри Грис.

«Хорошо, что предупредили. А то ведь могу ляпнуть так, что никакая дружба со Штейнбриком не поможет, — вертелось в моей голове. — Но что-то тут не то. Они сутки летели из США, чтобы послушать мою часовую лекцию о наращивании груди? Тем более что вся информация о моем методе после получения советского патента давно имеется в международном регистре...»

Я быстро собрал диапозитивы, которые использовал на лекциях для студентов, и перешел с гостями в актовзый зал. Больше часа рассказывал о своем методе — в отличие от процветавшего тогда в США увеличения груди силиконом, я использовал органические материалы, то есть живую ткань человека. Гости вслушивались в каждое слово. Лекция закончилась. Я протянул руку, чтобы попрощаться с гостями.

— Профессор, а вы согласились бы сделать такую операцию супруге президента США Джеральда Форда? — ошаршил меня последним вопросом Генри Грис и снова включил свой магнитофон. Я не растерялся:

— А американский президент доверит свою жену советскому доктору?

Не успел я проводить гостей, как в моем кабинете начал разрываться телефон. Звонили все — председатель Совета министров ЛССР Юрий Рубен, глава латвийского Минздрава Вильгельм Канеп, первый секретарь ЦК Компартии Латвии Август Восс... Апофеозом стали слова министра здравоохранения Латвии:

— Что за американцев вы приняли, профессор? Какая грудь для американского президента?! Почему я не в курсе?! Профессор, вы нарушили режим посещения закрытого учреждения иностранцами! Вы положили партбилет на стол и расстанетесь со своей должностью. Я вам это обещаю!

Шли дни и недели, а странный журналист Генри Грис продолжал слать мне телеграммы и письма. Иногда звонил. Он сообщал, что уже на следующий день после встречи в Риге отдал информацию о моем методе людям в администрации президента США и она легла на стол Форда. Затем попросил выслать подробную информацию об операции и приехать в Штаты для консультаций. Обещал оплатить перелет и проживание. Я чувствовал себя глухонемым. Генри Грис забрасывал меня письмами и телеграммами, я их внимательно перечитывал, но ответить на них боялся. А главное я не знал: я остаюсь директором института или нет? Очень кстати я попал на прием, устроенный в Юрмале первым секретарем ЦК КПЛ Августом Воссом. Его жена Тамара Михайловна была моей давней пациенткой. Я пригласил ее на танец. «Вы что такой грустный?» — спросила она. Я рассказал ей всю историю про грудь жены американского президента. Танец закончился. Тамара Восс пошептала с мужем, и первый человек в Латвии вдруг обратился ко мне:

— Виктор, так и быть. На сей раз мы тебя помируем.

Так сложилось, что я видел всех руководителей СССР и России, начиная с И.В. Сталина и кончая В.В. Путиным. Правда, о генералиссимусе у меня сохранились только детские воспоминания. В то время я со своими сверстниками на праздничных демонстрациях как бы олицетворял счастливое сталинское детство. В конце 1930-х годов мы смотрели на вождя народов как на бога... Что касается остальных лидеров, то впечатления о них вполне осознанные и определенные.

Мое детство прошло на окраине Москвы, в Кунцево, в очень живописном месте. Неподалеку от дома были рощи, луга, пруд, парк и Москва-река. Летом мы с братом выходили на пробежку в парк, купались, плавали, а зимой катались на коньках и лыжах. Родители радовались тому, что мы растем здоровыми и сильными, и всегда поощряли наши занятия спортом. После войны, поступив на медицинский факультет Латвийского государственного университета, я записался сразу в две спортивные секции — тяжелой атлетики и бокса. Там состоялась у меня первая встреча со спортивной знаменитостью. В Ригу в 1947 году приехал

Продолжение на стр. 4 ↗

## ИнтерНьюс

### Ученые раскритиковали рекомендации ВОЗ по грудному вскармливанию

Британские исследователи пришли к выводу, что, вопреки рекомендациям ВОЗ, прикорм детям при грудном вскармливании нужно вводить раньше шестимесячного возраста. В 2001 году ВОЗ выпустила глобальные рекомендации по кормлению детей, в которых говорилось, что до полугодия наилучшим питанием для ребенка является материнское молоко без каких-либо добавок. Ряд стран, включая США, бывшие республики СССР и 65% членом ЕС, отказались приводить национальные рекомендации в полное соответствие с международными, однако в большинстве государств, включая Великобританию, они действуют. Группа экспертов из Университетского колледжа Лондона, а также Эдинбургского и Бирмингемского университетов опубликовала статью, в которой предлагается вводить прикорм с четырехмесячного возраста. По мнению авторов, это поможет снизить риск пищевых аллергий и дефицита железа у ребенка. При этом британские педиатры согласны, что для развивающихся стран, где чистая питьевая вода и безопасные продукты для прикорма доступны далеко не всем и не всегда, международные рекомендации являются наиболее рациональными. Это подтверждается тем, что, согласно метаанализу 16 исследований (семь из них проведено в развивающихся странах), на котором базируются рекомендации ВОЗ, грудное вскармливание до полугодия снижает вероятность инфекционных заболеваний и задержки роста. Однако обзор 33 исследований, проведенный британцами, не выявил причин, по которым не следует вводить качественно изготовленный прикорм детям четырехмесячного возраста. Более того, ряд научных работ показал, что одно грудное вскармливание не обеспечивает ребенка в возрасте от четырех до шести месяцев абсолютно всеми необходимыми нутриентами. Так, например, американские исследователи обнаружили, что ввод прикорма с шестого месяца повышает риск анемии по сравнению с четвертым, а шведские ученые выявили схожую зависимость для целиакии (непереносимости белка злаков глютен). Один из авторов исследования, директор Института детского здоровья при Университетском колледже Лондона Алан Лукас заключил, что в развитых странах необходим «сбалансированный взгляд на доказательство», а не безусловное принятие рекомендаций ВОЗ. Руководитель исследования Мэри Фьютрелл добавила, что так или иначе многие дети отлучаются от груди раньше шестимесячного возраста и вырастают здоровыми, что является дополнительным подтверждением безопасности раннего ввода прикорма. Точка зрения ученых подверглась критике некоторых представителей британского Минздрава и авторов официальных рекомендаций по кормлению. По их мнению, утверждение о недостаточной пищевой ценности грудного молока вплоть до полугодовального возраста является безосновательным, ретроградным и лоббирующим интересы производителей детского питания. Тем не менее, британский Научный консультативный совет по питанию подвергнет этот вопрос дополнительному рассмотрению и опубликует итоговый отчет до начала 2012 года. В бывших советских республиках, в том числе в РФ, официально рекомендуется в отсутствие противопоказаний вводить прикорм с 3–4 месяцев жизни.

Источник: British Medical Journal

### Рассказы гипертоников снижают давление

К такому выводу пришла группа американских ученых под руководством Томаса Хьюстона из медицинской школы Массачусетского университета. Для участия в исследовании были отобраны 230 жителей американского города Бирмингем, штат Алабама, страдающих артериальной гипертензией. Половина участников получила DVD-диски с видео, на которых гипертоники рассказывают о своих проблемах со здоровьем. Оставшаяся часть пациентов получила видеозаписи на другие темы, касающиеся здоровья. По данным исследования, через три месяца после получения дисков показатели систолического артериального давления у пациентов из первой группы снизились в среднем на 6,53 миллиметра ртутного столба, диастолического — на 3,05 миллиметра. При этом у больных, не проходивших регулярный контроль артериального давления, его показатели снизились на 11,21 и 6,43 миллиметра ртутного столба соответственно. У таких пациентов наблюдалось стойкое снижение давления, которое сохранялось в течение девяти месяцев с начала исследования. Томас Хьюстон предположил, что просмотр историй от пациентов с аналогичными проблемами побуждает гипертоников обращаться за медицинской помощью по поводу повышенного давления, а также тщательнее относиться к своему здоровью, принимать необходимые лекарства и соблюдать рекомендации специалистов.

Источник: Annals of Internal Medicine

## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

**Практическое пособие для терапевтов**

И.Г. Даниляк, А.Д. Пальман

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

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

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

## ИнтерНьюс

### Разработана «глушилка» для стоматологической бормашины

В Великобритании разработано устройство, которое призвано помочь пациентам преодолеть страх визита к стоматологу. Автором идеи новой разработки стал профессор Королевского стоматологического института Брайан Миллар. Устройство представляет собой специальные наушники, в которых используется технология шумоподавления. Во время визита к стоматологу пациент может подключить эти наушники к своему плееру или мобильному телефону и слушать музыку. Закрепленные в стоматологическом кабинете микрофоны улавливают все звуки, которые затем обрабатываются цифровым процессором. В результате процессор отсекает издаваемый бормашиной шум определенной частоты, и он не поступает в наушники. В то же время пациент может слышать то, что говорит ему врач. Один из создателей наушников Марк Этертон отметил, что во время манипуляций стоматологу необходимо поддерживать контакт с пациентами, в связи с чем для защиты от звука бормашины нельзя использовать беруши. В настоящее время разработчики ищут спонсоров для коммерческого продвижения нового устройства.

Источник: medportal.ru

### В 2010 году смертность в Москве выросла на 4,5%

В 2010 году смертность жителей Москвы увеличилась на 4,5% по сравнению с показателями 2009 года, по данным столичного управления ЗАГС. По информации управления, в 2010 году скончались более 126 тысяч москвичей, что на 6 тысяч больше, чем в 2009 году. 73% умерших женщин и 40% умерших мужчин относятся к возрастной группе 71—99 лет. Согласно сообщению службы ЗАГС, высокие показатели смертности также зафиксированы среди горожан в возрасте от 41 года до 70 лет. В частности, на эту возрастную группу приходится 46% умерших москвичей и 21% скончавшихся москвичек. Глава московского управления ЗАГС Ирина Муравьева отметила в ходе пресс-конференции, что на рост смертности в городе повлияла аномальная жара, установившаяся в центральных регионах РФ летом 2010 года. Ранее управление сообщало, что за июнь прошлого года умерло примерно в полтора раза больше москвичей, чем в июне 2009 года.

Источник: РИА Новости

### В США каждый шестнадцатый хирург думал о самоубийстве

Американские ученые выяснили, что мысли о самоубийстве возникали у каждого шестнадцатого хирурга в США. Исследование провела группа специалистов под руководством Тэйта Шанафелта из клиники Мэйо. Группа Шанафелта опросила почти восемь тысяч американских хирургов. Помимо вопросов, касающихся суицида, ученых интересовал уровень депрессии, общее качество жизни и подверженность специалистов синдрому эмоционального выгорания, вызванному переутомлением. Авторы работы выяснили, что в течение года до анонимного опроса мысли о самоубийстве возникали у 6,3% хирургов. При этом попытку суицида обдумывали 16,2% хирургов, в недавнем прошлом совершавших врачебные ошибки. Среди специалистов, в последнее время работавших без ошибок, этот показатель составил 5,4%. В ходе исследования было установлено, что лишь четверть из общего числа хирургов, размышлявших о суициде, обратились с этой проблемой к психиатру или психологу. 60% врачей из указанной группы не консультировались со специалистами из-за опасений, связанных с потерей лицензии на работу. Ученые отметили, что, по данным ранее проведенных исследований, мысли о самоубийстве возникают в среднем у трех процентов населения США. При этом в Америке за медицинской помощью и психологической поддержкой обращаются около 44% граждан, обдумывавших суицид.

Источник: Archives of Surgery

Начало на стр. 1, 2, 3 ↗

первый советский чемпион по тяжелой атлетике штангист Григорий Ирмович Новак. Спустя годы, когда выросла моя медицинская квалификация, я получил возможность выезжать на Олимпийские игры в составе группы врачей. Всего я принял участие в четырех Олимпиадах. В Олимпийской деревне познакомился и с Юрием Петровичем Власовым и с Леонидом Ивановичем Жаботинским — главными силовиками того времени. Лечить пришлось очень многих. В 1957 году титул чемпиона мира по шахматам завоевал рижанин Михаил Нехемьевич Таль. Все стали называть его рижским волшебником, Моцартом шахмат, его уважали, любили и обожали. Я знал совсем юного Михаила Талья. С его старшим братом Яковом Талем мы были однокурсниками, вместе получили дипломы врачей. Надо сказать, оба брата были красавцами и пользовались большим успехом у женщин. Про Мишины похождения я мало знаю, а вот брат его заставил пострадать не одно девичье сердце, это точно... Мишу помню улыбочивым, необычайно общительным человеком, мы с ним, конечно, были на «ты». Лечить пришлось знаменитую баскетболистку Хелену Александровну Хехту, двукратного олимпийского чемпиона Ивана Васильевича Бугаенкова, многократную чемпионку мира Ульяну Ларионовну Семенову и многих других выдающихся спортсменов.

У меня сохранились очень хорошие отношения с коллегами из России. Я действительный член Академии медицинских наук России, езжу на ее сессии. Как-то раз я получил очередное приглашение: сначала колебался, потому что ехать надо было за свой счет, но потом решил, что с друзьями встретиться все же надо — в это время Советский Союз начинал рушиться и вместе с ним рвались контакты ученых.

На той сессии кандидатом в академики был выставлен член-корреспондент академии, профессор Святослав Николаевич Федоров. Он уже несколько раз по «внутриполитическим» причинам не получал этого звания — как у всякой уникальной личности, у него было много завистников и так называемых друзей, которые всеми силами тормозили его продвижение. Я очень переживал за Федорова и, конечно, проголосовал «за». В итоге он таки стал академиком с перевесом в один голос. Получается, что, если бы я тогда остался дома, Святослав Николаевич опять не стал бы академиком. Очень жаль, что этот замечательный человек так трагично ушел, но все-таки хорошо, что признание нашло его при жизни. Точно так же я потом «помогал» стать академиком Сергею Павловичу Миронову — главному кремлевскому медику. И несмотря на столь высокий пост Сергея Павловича, мы по-прежнему дружим.

С Мстиславом Ростроповичем мы познакомилась в самолете. Я летел в Вашингтон на 2-й Всемирный конгресс пластических хирургов. И вдруг рядом со мной сел человек с виолончелью. Мы перекинулись парой фраз, сообщили друг другу только свои профессии. И вдруг оказалось, что в Париже, где надо было пересаживаться, нелетная погода — следующий рейс только завтра, а пока мы поедем в гостиницу. И каково же было мое удивление, когда Ростропович, ни на минуту не выпуская из рук свою виолончель, вдруг попросил меня посторожить инструмент и пошел звонить! Потом вернулся и говорит: «Слушай, давай возьмем такси и поедем в гостиницу сами!» Я вспомнил, что у меня нет франков, а долларов ровно столько, сколько было положено советскому ученому, — то есть крохи, и засомневался. А Рос-

тропович словно прочитал мои мысли: «Не волнуйся, у меня деньги есть!» Мы поехали в гостиницу, набрали красного вина, а потом пошли гулять по ночному Парижу. Мы замечательно провели время, и Ростропович оставил мне свою визитку. В следующий раз мы пересеклись тоже достаточно неожиданно. Как-то раз я позвонил в Военно-медицинскую академию Санкт-Петербурга: едва профессор произнес в слух мою фамилию, в трубке послышался чей-то удивленный голос. Профессор сказал: «Рядом со мной сидит ваш друг Ростропович!» Мстислав Леопольдович взял трубку и добавил: «Я скоро еду в Ригу и приглашаю вас на свой концерт». После концерта мы встретились, приехали ко мне домой, и великий музыкант написал мне следующее: «Дорогой Виктор Константинович! Вы не только замечательный ученый, но и добрый, прекрасный человек. Я очень рад, что наша встреча после Парижа повторилась в Риге». А снизу приписка: «Произошел брудершафт. Дорогой Витя, желаю тебе счастья! Твой Слава». Вечер пролетел как одно мгновение, потому что Ростропович замечательный рассказчик. Он вспоминал курьезные случаи из своей гастрольной жизни, например как однажды во время поездки по тогдашнему Союзу он попросил в гостинице вторую подушку. А бдительная администраторша сразу подумала, что подушка эта нужна для какой-то ночной гостьи, и начала присматривать за ним в четыре глаза. Мстиславу Леопольдовичу же как на грех примерным поведением блеснуть не удалось: он нечаянно задел прикроватную лампу, она упала и, естественно, разбилась. Когда музыкант вновь пошел к администраторше и признался в содеянном, она ответила: «Вы должны 250 рублей!» «За что же такие деньги?» — удивился Ростропович. И услышал: «Лампа стоит 50 рублей, а двести рублей за хулиганство!»

Очень добрые и теплые отношения у меня сложились с маршалом Иваном Игнатьевичем Якубовским, главнокомандующим войсками стран Варшавского договора. Так получилось, что я оперировал и его дочку, и его внучку. Он так в меня поверил, что стал любой шаг в медицине согласовывать со мной. Например, однажды его друг, Атанас Симерджиев из Болгарии, сломал плечо. Само собой, его, народного героя Болгарии, лечили хорошо. Но Якубовский все равно попросил меня осмотреть Симерджиева. Я долго отнекивался, потому что в Болгарии действительно хорошие специалисты и они могли воспринять мою помощь, как недоверие к ним. Но Иван Игнатьевич сказал: «Я тебе даю свой самолет. Пожалуйста, слетай посмотри, что там и как». И я отправился в Болгарию на личном самолете маршала.

Мой друг Михаил Задорнов, как-то написал мне: «Вижу вас будущим президентом Латвии». И ниже, в скобках: «А себя — России!» С этой записью связана забавная история. Когда ко мне в гости пришел президент Улманис, я решил его разыграть: «Господин президент, а вы знаете, что меня выдвигают в президенты Латвии?» В другое время Улманис отреагировал бы спокойно, но тогда как раз заканчивался первый срок его правления. И Улманис довольно настороженно спросил: «А кто вас выдвигает?» Когда же он увидел подпись Задорнова, мы вместе долго смеялись...

По работам  
А. Мамыкина, Л. Вееве,  
А. Березовской, Л. Велехова  
подготовила А. Власова

## Выборы Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева

На заседании Правления МГНОТ 8 декабря 2010 года подведены итоги голосования на выборах Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева.

В процессе голосования были предложены следующие кандидаты

Кандидат в состав Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева		% голосов
Гогин Евгений Евгеньевич	член-корреспондент РАМН, профессор	61,5%
Мухин Николай Алексеевич	академик РАМН, профессор	61,5%
Лазебник Леонид Борисович	д. м. н., профессор	53,8%
Маколкин Владимир Иванович	член-корреспондент РАМН, профессор	46,1%
Насонов Евгений Львович	член-корреспондент РАМН, профессор	46,1%
Моисеев Валентин Сергеевич	академик РАМН, профессор	38,5%
Нонинов Владимир Евгеньевич	д. м. н., профессор	30,8%
Сыркин Абрам Львович	академик РАЕН, профессор	30,8%
Ардашев Вячеслав Николаевич	д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ	15,4%
Богомолов Борис Павлович	член-корреспондент РАМН, профессор	15,4%
Глезер Мария Генриховна	д. м. н., профессор	15,4%
Сторожаков Геннадий Иванович	академик РАМН, профессор	15,4%
Яковлев Валентин Борисович	д. м. н., профессор	7,7%



На основании результатов голосования утверждён состав Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева: Гогин Е.Е., Мухин Н.А., Лазебник Л.Б., Маколкин В.И., Насонов Е.Л.

**Уважаемые коллеги!**

Сообщаем Вам о проведении традиционного **Образовательного семинара, посвященного памяти Зиновия Соломоновича Баркагана** — члена корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки России, профессора, много лет руководившего Федеральным академическим центром по диагностике и лечению нарушений гемостаза при Алтайском Государственном медицинском университете **«ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА»**

Семинар будет проходить 4 дня в рамках Конгресса «Человек и лекарство» 11–15 апреля 2011 г. (расписание уточняется). Семинар посвящен разным аспектам нарушений свертывающей системы человека. Знания по диагностике, лечению больных с нарушениями свертывающей системы крови крайне важны для акушеров-гинекологов, реаниматологов, гематологов, трансфузиологов, клинических фармакологов, хирургов, в том числе кардиохирургов, терапевтов, гериатров и врачей общей практики.

Руководители школы — Воробьев Павел Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и Момот Андрей Павлович, доктор медицинских наук, профессор, директор Алтайского филиала ГУ «Гематологический научный центр» МЗСР. Докладчики — ученые, специалисты ведущих гематологических учреждений Москвы, Барнаула, Архангельска, имеющие большой практический опыт работы.

Вход свободный. Информация о точной дате и времени проведения Пленума будет размещена на Интернет-сайте МОООФИ ([www.rspog.ru](http://www.rspog.ru)) и Оргкомитета конгресса ([www.medlife.ru](http://www.medlife.ru)).

**1 день**

**Введение в клиническую гемостазиологию**

Модераторы: Воробьев П.А., Момот А.П.

Момот А.П.	Новое в системе гемостаза: от нормы до патологии
Воробьев П.А.	Значение учения З.С. Баркагана для интенсивная терапия
Буланов А.Ю.	ТЭГ «новый старый» метод контроля гемостаза
Гурия	Математические моделирование тромбообразования

**2 день**

**ДВС-синдром в общеклиническом стационаре**

Модератор: Воробьев П.А., Момот А.П.

Воробьева Н.А.	Новое в проблеме ДВС-синдрома
Ноников В.Е.	Интенсивная терапия пневмоний
Шойхет Я.Н.	Патогенетические подходы к комплексному лечению острых пневмоний при эпидемии гриппа
Буланов А.Ю.	СЗП в современной клинической практике

**3 день**

**Геморрагические заболевания и синдромы**

Модератор: Зоренко В.Ю., Воробьев П.А.

Жулев Ю.А.	Развитие активного лечения гемофилии в России
Шулутко Е.М.	Приобретенная гемофилия
Полянская Т.Ю.	Опыт применения Коагила (гVIIa) в лечении больных с ингибиторной формой гемофилии
Краснова Л.С.	Тромбоцитопении: дифференциальная диагностика, принципы терапии

**4 день**

**Тромбофилии и тромбозы в клинической практике**

Модератор: Момот А.П., Ройтман Е.В.

Ройтман Е.В.	О регистре наследственных тромбофилий: первые результаты
Борисенко О.	Математическая модель экономической эффективности скрининга на тромбофилию
Елькомов Е.В.	Скрининг тромбофилий
Краснова Л.С.	Новые подходы к профилактике тромбоэмболий

Место проведения: Российская академия государственной службы при Президенте РФ (РАГС).

**Уважаемые коллеги!**

Приглашаем Вас принять участие в Пленуме Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований», который будет проходить на протяжении 2-х дней в рамках XVIII Всероссийского конгресса «Человек и лекарство». Информация о точной дате и времени проведения Пленума будет размещена на Интернет-сайте МОООФИ ([www.rspog.ru](http://www.rspog.ru)) и Оргкомитета конгресса ([www.medlife.ru](http://www.medlife.ru)).

**ПРОГРАММА**

**День первый**

**Сопредседатели:** Воробьев П.А., Белоусов Ю.Б., Сулейманов С.Ш., Батуринов В.А., Лепяхин В.К.

1. Воробьев П.А. (Москва). Развитие фармакоэкономики в Российской Федерации
2. Лепяхин В.К., Астахова А.В. (Москва). Проблемы безопасности фармакотерапии: современное состояние и перспективы.
3. Сулейманов С.Ш. (Хабаровск). Плюсы и минусы нового федерального закона «Об обращении лекарственных средств».
4. Власов В.В. (Москва). Эффективны ли гомеопатические препараты?
5. Мороз Т.Л. (Иркутск). Организация лекарственного обеспечения населения отдаленных территорий в свете закона «Об обращении лекарственных средств».
6. Елисеева Е.В. (Владивосток). Фармакоэпидемиологические и фармакоэкономические аспекты использования антибактериальных средств в стационаре.
7. Безмельницына Л.Ю. (Москва). Качество жизни больных с анемией при хронической почечной недостаточности, находящихся на хроническом диализе.

**День второй**

**Секция Московского филиала МОООФИ**

**Сопредседатели:** Воробьев П.А., Белоусов Ю.Б., Сулейманов С.Ш., Батуринов В.А., Леонова М.В.

1. Леонова М.В. (Москва). Прикладное значение анализа воздействия на бюджет.
2. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К. (Москва). Генерическая замена — сиюминутная выгода, отдаленные затраты?
3. Безмельницына Л.Ю. (Москва). Клинико-экономический анализ применения препарата Цитиколин при остром ишемическом инсульте.
4. Власов П.Н., Орехова Н.В. (Москва). Оптимизация фармакотерапии эпилепсии у взрослых — фармакоэкономические аспекты.
5. Сычев Д.А., Герасимова К.В., Авксентьева М.В. (Москва). Экономические и организационные аспекты внедрения фармакогенетического тестирования в клиническую практику.
6. Борисенко О.В. (Москва). Клинико-экономический анализ эффективности применения препарата Энтекавир при хроническом вирусном гепатите В.
7. Катибов М.И., Аполихин О.И. (Москва). Фармакоэкономический анализ лекарственной терапии при проведении оперативного лечения рака простаты.



**ВАЛЕНТИНА АЛЕКСАНДРОВНА НАСОНОВА**

Трудно писать эти строки. Ушла Валентина Александровна Насонова. Внезапно. За три дня до этого она звонила мне, уточняла какой-то телефон. Была бодрой, как всегда оптимистичной. И вот ее портрет с траурной лентой...

Да, понимаю, почти 88 лет, все, как говорится, закономерно. Но Валентина Александровна никогда не укладывалась ни в какие закономерности, она всегда была где-то в другой реальности, недостижимой. И казалась вечной, не меняющейся десятилетиями.

Начало 80-х, я, молодой врач, только что вчерашний студент, бегу утром со Страстного бульвара в метро, чтобы попасть на работу на Каширку. И почти каждый день встречаю на Пушкинской площади Валентину Александровну, идущую из метро к себе в Институт на Петровку. Это было так недавно. Она всегда со мной здоровалась. Не кивком, не еле заметным жестом — нет, полным текстом: здравствуйте. А виделись мы до того лишь раз на ее лекции на гематологическом деканате. Запомнила, цепкость была в этом профессиональная.

Я бежал к половине девятого, мне еще почти час до больницы, а она уже подходила к своим дверям.

Потом и Валентина Александровна переехала «к нам» в медицинский городок на Каширке. Начались какие-то консультации, то у нее, то у кого из сотрудников института, а попозже — и меня стали звать. Появились совместные работы. Их было не много, но они были хорошими, пионерскими. Не могу не вспомнить первые публикации по применению плазмафереза при антифосфолипидном синдроме у беременных. По-моему — это была первая публикация в мире, еще до многочисленных статей З.С. Баркагана на эту тему.

Вообще статьи Валентины Александровны несли часто какую-то революционность. Помню первую публикацию по иммунным комплексам — передовую в Терапевтическом обществе. Это потом мы стали умными, и на каждом углу лениво бросать про «иммунокомплексную патологию». А ведь и по плазмаферезу едва ли не ее первая статья была в том же журнале.

Как-то раз пересеклись мы с ней «заочно» на консультации у девочки с аллергической реакцией на преднизолон. Случай был очень сложный. Меня позвали «исключить острый лейкоз», и как-то между делом сказали, что заезжала Насонова (дело было в конце августа, отпуска), и в диагнозе волчанки засомневалась. А девочка уже на преднизолоне, врачи все к волчанке клонят, только состояние каждый день хуже и хуже. Не буду рассказывать перипетии, отменили, наконец, преднизолон (несколько недель ушло), жива, уже теперь дама, и здорова. Но мне придавало сил именно замечание (может быть даже в истории не было этого заключения) Валентины Александровны. Уж если сама Насонова волчанки не видит — значит ее нет.

Мне казалось, что ее авторитет в институте не был авторитарным. С ней все время заочно спорили, изображали самостоятельность, самостоятельность. Может быть, в этом и состоит искусство управления — ничего не подавляя, не строя, давать людям расти.

Многие годы Терапевтического общества. Ее выступления всегда были строго академичными, никаких вольностей. Но одновременно — эмоциональными, никакой и сухости. Всегда оперирование обширным материалом публикаций. Но не так, как это часто делают сегодня — набор фактов из 3–4 статей — нет, подробный и очень к месту разбор сообщений. Последние выступления о подагре, о ревматизме остались в памяти.

Мы не раз звали ее на нашу конференцию «Пожилкой больной. Качество жизни» и никогда не было отказа. Выступала, собирала секции по ревматологии. Вошла в редколлегия журнала «Клиническая геронтология», не для галочки, писала статьи, привлекала авторов. А ведь наш коллектив Валентине Александровне, в общем, «никто». Просто не отказывала она людям в просьбе, не в заводе это было. Ни разу я не слышал от нее отказа ни в чем.

Не было никогда отказа и в консультации. Было удивительно просто — набрать телефон, всего несколько слов просьбы — пускай приходит. Ни записи, ни полиса, ни сложностей, которые бывают часто при обращении с вопросом к консультанту. «Да, действительно, там не все ясно», или, наоборот — «случай типичный, правильно, что своевременно направили». А ведь можно другого врача немножко принизить, рассказать ему про допущенные ошибки на предыдущих этапах. Нет, всегда корректно, всегда доброжелательно, просто.

Она дружила с Зиновием Соломоновичем Баркаганом, дружила с А.И. Воробьевым. Это была именно дружба, общение с удовольствием, на равных, открытое, без всяких задних мыслей. Мне не часто сегодня приходится видеть такое общение.

Валентина Александровна — лауреат премии МГНТ им. Д.Д. Плетнева. Она считала себя чуть ли не прямой ученицей, наследницей Дмитрия Дмитриевича, и была поражена рассказом А.И. Воробьева об этом удивительном враче. Да просто слой тонок, потому что Плетнева многие ветки выросли. Как растут они от Валентины Александровны.

Немного сумбурно. Но я не думаю, что нашим читателям надо рассказывать биографию Валентины Александровны. Во-первых, мы публиковали на этот счет ее собственный рассказ. Во-вторых, мне кажется, основные вехи и так всем известны. Слишком уж она была публичным человеком. У каждого свои воспоминания, своя память, поделиться ими, теми эмоциями, которые возникали при общении с этим замечательным врачом — вот задача публикации. Чем больше будет эпизодов, мелких штрихов, тем больше останется с нами образ Валентины Александровны. Мы будем помнить ее, пока будем помнить.

## ИнтерНьюс

### У России не хватило денег для пересчета малолетних наркоманов

Исследование уровня потребления наркотиков, алкоголя и табака среди российской молодежи по европейской методике, которая дает точную картину увлечения подрастающего поколения вредными привычками, срывается из-за отсутствия средств, сообщила директор Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития России Евгения Кошкина. Исследование под названием European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) проводится раз в четыре года среди молодежи, в основном учащихся 15—16 лет из 35 стран Европы. «Впервые полномасштабное исследование мы сделали по стране в 2007 году, и поддержку нам дал Брюссель, Европейский Совет. Они нас поддержали, они нам дали эти деньги», — отметила эксперт. Тогда мониторинг проводили социологи «Левада-Центра». «Мировое сообщество было исключительно довольным, потому что была наконец-то Россия в общих данных», — сообщила Кошкина. Исследование наглядно показывает, что потребляют подростки: сколько табака и какого, сколько наркотиков и каких, какой пьют алкоголь или «энергетики». «Так как эта методика однозначна, то она сопоставима. Это не просто вымыслы, а достоверные статистические данные, что очень ценится, когда проводятся специальные исследования. И это дает возможность разработать стратегию вмешательства», — уверена эксперт. «Важность этого исследования очень велика для России, потому что, во-первых, для нас очень важно знать распространенность употребления психоактивных веществ среди молодежи, и среди молодежи именно 15—16 лет. Потому что это группа риска, потому что привычки тогда-то и появляются», — сказала Кошкина. По ее словам, если в 10—12 лет подростки только начинают пробовать, то к 15 годам у них уже появляются какие-то приоритеты: будут они потреблять дальше или нет. «То есть они уже попробовали и приняли для себя определенное решение: будут они этим заниматься или не будут. Весь мир считает, что это самый опасный возраст, поэтому знать, что в этой среде происходит, очень важно для того, чтобы осуществить какие-то профилактические вмешательства», — подчеркнула глава Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития России. В 2010 и 2011 году на исследование ESPAD, которое должно было финансироваться в рамках программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», которую ведет ФСКН, деньги не выделялись.

Кошкина добавила также, что в конце ноября отправила в Минздравсоцразвития РФ письмо с просьбой выделить деньги на исследование. Однако ответа не последовало. «Мы не получили информации об этом исследовании», — заявила помощник министра здравоохранения и социального развития РФ София Малявина. Для проведения исследования в 2011 году требуется 2,5 миллиона рублей. В 2007 году исследование показало, что марихуану в России курили только 19% подростков 15—16 лет (для сравнения, в Великобритании — 29%, в Чехии — 45%). «Не самые удручающие показатели в России и по потреблению наркотиков», — говорится в сообщении РИА Новости. — Если в России порядка 5% опрошенных подростков хотя бы раз в жизни попробовали наркотики, то в Великобритании — 9%, а самые высокие показатели были отмечены во Франции и Австрии (по 11%).»

Источник: РИА Новости

### Психиатры проверяют каждого американского солдата перед отправкой на войну

Командование вооруженных сил США предложило проверять военнослужащих на предрасположенность к психическим расстройствам перед отправкой в зону боевых действий. Военачальники ссылаются на результаты исследования, подтверждающего эффективность такого тестирования. Авторы работы проанализировали данные о 21 тысяче солдат, проходивших службу в Ираке в 2007—2008 годах. Половина участников прошла психиатрическое обследование перед отправкой в зону боевых действий, а также непосредственно в Ираке до и после участия в военных операциях. Военнослужащим, у которых были выявлены отклонения, надлежало обратиться к психиатру по прибытию на Ближний Восток. Оставшиеся солдаты тестирование не проходили и консультаций не получали. По данным исследования, психические расстройства у военнослужащих из первой группы выявлялись в три раза реже, чем во второй. Среди солдат, у которых возникли суицидальные мысли, оказалось вдвое меньше предварительно обследованных. Кроме того, боевой стресс у прошедших тестирование развивался в полтора раза реже. В связи с этим в ходе пресс-конференции в Министерстве обороны США военное командование выразило намерение ввести поголовное обследование солдат на предрасположенность к психическим заболеваниям. По мнению военачальников, это позволит снизить затраты на транспортировку и лечение солдат, у которых расстройства будут выявлены во время боевых действий. Внедрить тестирование военнослужащих планируется в течение шести месяцев. Согласно приведенным на пресс-конференции данным, частота самоубийств в подразделениях, ведущих боевые действия, в 2010 году снизилась. В то же время этот показатель вырос среди военнослужащих запаса и Национальной гвардии США.

Источник: The American Journal of Psychiatry

Пациент Н., 78 лет, 21 марта в тяжелом состоянии поступил в хирургическое отделение с выраженной общей слабостью, тошнотой, головокружением, появившимися 3 дня назад. При первичном обследовании в крови отмечено значительное снижение уровня гемоглобина до 48 г/л (табл. 1). Больной был направлен в отделение реанимации. При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) выявлено желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) из острой язвы тела желудка. Комплекс эндоскопических гемостатических мероприятий был эффективным, кровотечение было остановлено.

## Антикоагулянты не только помогают, но и убивают

Л. Краснова, Д. Преображенский

Больной более 30 лет страдает коронарной патологией, в 1998 г. перенес острый инфаркт миокарда, а в 2008 г. — острое нарушение мозгового кровообращения. В связи с постоянной формой мерцательной аритмии больной все время принимал непрямой антикоагулянт Синкумар под контролем протромбинового индекса и международного нормализованного отношения (МНО). Язвенный анамнез не отрицан.

Причина кровотечения была не ясна, в анализе крови обращало на себя внимание резкое снижение уровня протромбина (менее 4%) и значительное удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), что позволило связать наличие ЖКК с передозировкой Синкумара.

Несмотря на проводимую противоязвенную и гемостатическую терапию, включая свежемороженную плазму (1800 мл) и эритроцитарную массу (430 мл), состояние больного внезапно ухудшилось, и через 7 часов от момента

поступления произошла остановка сердца. Врачами ситуация была расценена как развитие клинической картины геморрагического шока. Впрочем, заметив сразу, что шок — не остановка сердца, и не ясно, почему геморрагический шок развился не во время кровотечения, а на фоне достаточной обильной заместительной терапии. В истории болезни не удалось обнаружить сведений о введении препаратов кальция до начала реанимационных мероприятий.

Проведены реанимационные мероприятия с положительным эффектом. Больной был интубирован, проведена повторная эндоскопическая операция с профилактикой кровотечения с использованием лекарственных препаратов и физических методов воздействия. Однако после этого эпизода больной в сознание не приходил и находился на управляемом дыхании.

На 5-й день госпитализации отмечалось некоторое улучшение лабораторных показателей (уровень гемоглобина, показателей протромбина, АЧТВ). Вместе с тем, появились лабораторные признаки ДВС-синдрома (высокий уровень D-димеров и РФМК — растворимых фибрин-мономерных комплексов). Общее состояние продолжало ухудшаться и 26 марта произошла повторная остановка сердца. Опять реанимационные мероприятия, эффект, но 30 марта — рецидив ЖКК, и остановка сердца. В этот раз проведенные реанимационные мероприятия эффекта не принесли.

Остановка сердца, массивное кровотечение «запустило» тяжелый ДВС-синдром. Особенностью этой ситуации было низкое содержание протромбина и других К-зависимых факторов свертывания, которые не синтезировались из-за передозировки непрямого антикоагулянта.

Еще один важный вопрос, который нужно обсудить в связи с данным случаем — передозировка непрямыми антикоагулянтами. За последние 10 лет в связи с внедрением в нашей стране варфарина вырос объем применения этих препаратов с профилактической целью как при коронарной патологии, так и при церебральной. В кратчайшие сроки повсеместно в стране внедрено определение МНО вместо нестандартизированного «протромбинового индекса». Однако из-за организационных проблем постоянный мониторинг МНО не проводится, делается от случая к случаю. Приборы для домашнего определения МНО не заняли существенной позиции из-за относительной дороговизны, неудобства использования.

У пожилых больных даже незначительные изменения в диете, развитие запоров, алкогольный эксцесс, уже не говоря об обострении какой-либо болезни, физической нагрузке и т. д., может сдвинуть хрупкий баланс синтетической функции печени, угнетенной непрямыми антикоагулянтами, и привести к развитию «передозировки» даже в условиях приема обычной, привычной дозы препарата. Именно с этим и связана необходимость постоянного мониторинга МНО. Кроме того, пожилые могут случайно принять лишнюю таблетку, перепутать таблетки, а в некоторых случаях — принять большую дозу с целью суицида, спровоцированного сиюминутной ситуационной депрессией.

Многих обозначенных выше дефектов лишены новые препараты — синтетические прямые антикоагулянты, непосредственно воздействующие на Ха фактор. На первых порах были изучены их свойства с точки зрения профилактики тромбоэмболии легочной артерии: было показано, что Ксарелто предупреждает развитие этого осложнения при операциях на крупных суставах лучше, чем низкомолеку-

лярные гепарины. А совсем недавно появились сведения об эффективности этого препарата при профилактике тромбоза мозговых сосудов кардиогенного происхождения — при пароксизмальных формах аритмии. Особенностью Ксарелто является его пероральный прием в фиксированной дозе и отсутствие необходимости контроля за каким-либо показателями свертывания крови, низкий риск кровотечения. Это все делает препарат перспективным для профилактической терапии.

### Обсуждение

Наиболее вероятной причиной развития желудочно-кишечного кровотечения является тяжелая передозировка непрямыми антикоагулянтами. На это указывает крайне низкий уровень протромбина — менее 4% и последующее быстрое восстановление показателя на фоне отмены терапии непрямыми антикоагулянтами.

Таблица 1  
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНАЛИЗОВ КРОВИ ПАЦИЕНТА Н.

	МАРТ									Норма
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
День госпитализации	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Гемоглобин	48	57	57	62	82	107	97	97	90	131—172 г/л
Тромбоциты	157	95	110	145	143	176	156	125	125	150—400 × 10 <sup>12</sup>
Общий белок		40	46		52	61	47	51		64—83 г/л
Протромбин по Квику	4	43	22	36	51	77	70	64	70	70—120%
Фибриноген	1,97	1,62		2,62	3,48	3,66	4,1			2—4 г/л
АЧТВ	100	45	42	36	30	30	32	33	30	28—40 сек
МНО		1,75	3	1,99	1,5	1,2	1,25	1,31	1,24	0,9—1,27
D-димеры						14,85	14,18	12,9	15,9	0—0,5 мкг/мл
РФМК						3	21			0—4
AT-III								91		80—120%

Массивное желудочно-кишечное кровотечение сопровождалось развитием ДВС-синдрома, однако показатели протромбина параклауляции были определены лишь на 6-й день госпитализации. Тем не менее, терапия высокими дозами свежемороженой плазмы была скорее всего адекватна. Повысить синтез витамина К зависимых факторов свертывания крови в короткие сроки не представляется возможным (эффект витамин К содержащих препаратов можно обнаружить лишь через 3—4 дня), поэтому совершенно справедливо была назначена свежемороженая плазма в качестве заместительной терапии.

Вероятной причиной остановки сердца был синдром гипокальциемии, связанный с применением больших объемов свежемороженой плазмы и эритроцитной массы. Консервант (например, цитрат натрия) связывает кальций крови, что в обычных условиях компенсируется. Но в случае одномоментного и быстрого введения больших объемов (а здесь ввели более 2 литров за несколько часов) развивается декомпенсация, уровень кальция снижается, что приводит к нарушению функционирования натрий-калиевых каналов, нарушению проведения электрических импульсов по миокарду, в первую очередь, и остановке сердца. В таких случаях — введения больших объемов или при быстром введении плазмы — необходимо обязательное профилактическое введение препаратов кальция внутривенно. Однако их нельзя вводить вместе с плазмой, так как последняя свернется.

## Внимание! В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга!

ЗАТРАТЫ,  
КАЧЕСТВО  
И РЕЗУЛЬТАТЫ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

КНИГА ТЕРМИНОВ ISPOR

РЕДАКТОРЫ  
Михаил Л. Бергир  
Кристиан Вильгельм  
Мэри С. Хаддлел  
Крис Л. Пленк  
Джордж В. Торренс

ОТВЕТСТВЕННЫЙ  
РЕДАКТОР  
Марселла Дилс Салт



МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО  
ЭКОНОМИЧЕСКИХ И  
ФИНАНСОВЫХ НАУК  
В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ  
ИНДУСТРИИ

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ  
ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТОВ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО  
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА  
ТЕРАПЕВТОВ  
12 октября 2010 г.**

**Председатели:** проф. В.Е. Ноников и член.корр РАМН проф. Б.П. Богомолов

**Руководитель Высшей Школы Терапии МГНОТ:** проф. П.А. Воробьев

**Секретарь:** И.В. Тюрина

**Повестка дня: «Опасность застоя слизи — правда и вымысел»**

**1. Старший научный сотрудник, к. м. н. С.Ю. Чикина ФГУ НИИ пульмонологии ФМБА «Острые респираторные вирусные инфекции и их осложнения».**

Острые респираторные вирусные инфекции представляют собой группу вирусных заболеваний с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, передающихся от человека к человеку воздушно-капельным или контактными путем. В докладе освещены вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, клинических проявлений ОРВИ. Было подчеркнуто, что ОРВИ, за исключением вируса гриппа, имеют похожие клинические проявления (риноррея, заложенность носа, боль в горле, непродуктивный кашель, головная боль, субфебрилитет, слабость), и по клинической картине практически невозможно идентифицировать, каким вирусом вызвано заболевание. Продолжительность заболевания составляет до 9—11 дней. Существующие методы (серологическое исследование, вирусологическое исследование, молекулярная диагностика), позволяющие идентифицировать возбудителя, в повседневной практике не используются: они дорогостоящи, сложны и не меняют тактики лечения.

ВОЗ выделяет группы риска тяжелого течения гриппа (дети, особенно до 2 лет; лица старше 65 лет, беременные, больные с хроническими бронхо-легочными и сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, заболеваниями почек, печени, иммунодепрессивными состояниями. Однако в пандемию 2009 г. треть больных с тяжелым течением гриппа не относились к этим группам.

О тяжелом течении заболевания мы можем говорить, если на протяжении 5 дней нарастают симптомы заболевания (одышка, цианоз, примесь крови в мокроте, артериальная гипотония, нарушение сознания, олигурия и т. д.). Это состояние опасно развитием острой дыхательной недостаточности, требующей реанимационных мероприятий. Кроме, того опасность ОРВИ заключается в развитии таких осложнений, как средний отит, синусит, острые инфекции нижних дыхательных путей (острый бронхит, пневмония), обострение бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Этиология острого риносинусита чаще всего вирусная, но нередко присоединяется бактериальная инфекция. Проблема в дифференциальном диагнозе бактериальных и вирусных риносинуситов, в нерациональном назначении антибиотиков. При дифференциальной диагностике острого бактериального риносинусита выделяют следующие признаки: боль, в том числе зубная в области верхней челюсти, гнойное отделяемое из носовых ходов, усиление симптомов после первоначального улучшения. Если из этих симптомов у пациента имеются 4 признака и они держатся более 7 дней, то эта ситуация достоверно характеризует присоединение бактериального риносинусита как осложнения вирусной инфекции: надо немедленно передать пациента врачу отоларингологу или самостоятельно принять решения о назначении антибактериальной терапии. Если у больного 1—2 из перечисленных симптомов, то, скорее всего присоединения бактериальной инфекции в придаточных пазухах носа нет и состояние обусловлено чем-то другим. Риск развития инфекции нижних дыхательных путей как осложнения ОРВИ на 40% выше у лиц с хро-

ническими респираторными заболеваниями, на 47% чаще у курильщиков и на 57—66% у пожилых.

Рентгенография и УЗИ придаточных пазух носа не являются достаточно информативными методами в диагностике неосложненного острого бактериального риносинусита, а компьютерная томография не является рутинным методом диагностики. «Золотой стандарт» диагностики — пункция придаточных пазух и аспирация их содержимого.

Под острым бронхитом следует понимать остро развившийся кашель с мокротой или без нее не дольше 3 нед. у человека без заболеваний органов дыхания. Ставя диагноз «острый бронхит», надо исключить пневмонию, обострения астмы и ХОБЛ. В то же время 65% больных, перенесших 2 эпизода острого бронхита за 5 лет, имели бронхиальную астму легкого течения. Этиология острого бронхита — респираторные вирусы (коронавирусы, риновирусы, аденовирусы); *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*. Вирусологические, серологические и бактериологические исследования при остром бронхите не рекомендуются.

Назначение антибиотиков при остром бронхите не требуется, за исключением особых ситуаций (при подозрении на коклюш). Не рекомендуется назначать 2 агонисты для уменьшения кашля (кроме случаев бактериальной обструкции). Кодеин и декстрометорфан не рекомендуется для широкого использования при остром бронхите, но могут назначаться индивидуально для кратковременного облегчения кашля.

Обострение ХОБЛ — эпизод в течение заболевания, характеризующийся изменениями одышки, кашля или продукции мокроты, выходящими за пределы повседневной вариабельности. Обострение может потребовать изменения обычной терапии. Следует подчеркнуть, что все больные с тяжелым обострением ХОБЛ должны быть госпитализированы в интенсивную терапию. При не тяжелом обострении ХОБЛ, если имеется возможность лечения в домашних условиях, необходимо проверить правильность выполнения

пациентом техники ингаляций, увеличить дозу бронхолитиков, назначить комбинации бронхолитиков, глюкокортикоиды и решить вопрос о назначении антибиотиков.

По вопросу назначения антибиотиков большинством экспертов сходятся во мнении, что антибиотики показаны больным с обострением ХОБЛ, которые имеют все 3 критерия (усиление одышки, увеличение объема мокроты и усиление «гнойности» мокроты) или 2 из 3 критериев (один из которых — усиление «гнойности» мокроты); острую дыхательную недостаточность. Вопрос о профилактическом назначении антибиотиков остаётся дискуссионным.

При обострении бронхиальной астмы задача — выделить тяжелые жизнеугрожающие обострения бронхиальной астмы и госпитализировать больного в стационар. Особое внимание следует обратить на больных, которые в анамнезе имеют жизнеугрожающие обострения астмы с интубациями и ИВЛ, госпитализации по поводу обострений астмы в предшествующий год, на использующих постоянно высокие дозы ингаляционных  $\beta_2$ -агонистов (например, более 1 баллончика сальбутамола в месяц), которым проводилась постоянная или недавняя терапия системными глюкокортикостероидами, пациентов с психическими или психосоциальными проблемами, в т. ч. использующих седативные препараты.

Пневмония является наиболее тяжелым осложнением ОРВИ. Особенно пневмония опасна в пожилом возрасте. Риск пневмонии увеличивается с увеличением числа сопутствующих заболеваний. Клиническая картина пневмонии у пожилых людей имеет ряд особенностей: реже наблюдается лихорадка, хрипы в легких, чаще нарушение сознания, астенический синдром, артралгия, миалгия и др. Среди возбудителей внебольничной пневмонии у пожилых на первом месте *S.pneumoniae*, чаще встречается граммотрицательная

*Продолжение на стр. 8*



**ИнтерНьюс**

**Россия почти как Африка**

Благотворительная организация Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией потеряла значительную часть выделяемых средств из-за коррупции. К такому выводу пришла рабочая группа контролеров фонда, которая проводит аудиторскую проверку деятельности организации. Контролеры проверили лишь малую часть от суммы в 10 миллиардов долларов, потраченной фондом с момента его основания в 2002 году. Однако масштабы коррупции среди проверенных грантов, выделенных на борьбу со СПИДом, туберкулезом и малярией, поразили аудиторов. В частности, по данным проверки, коррупция в Мавритании привела к растрате 4,1 миллиона долларов, выделенных на профилактику СПИДа в стране, а также 67 процентов средств из гранта размером 3,5 миллиона долларов, которым оплачивалась борьба с туберкулезом и малярией. Незаконные расходы средств в Мали составили четыре миллиона долларов. Аудиторы также выяснили, что в Джибути около трех миллионов долларов, выделенных Глобальным фондом, были потрачены на закупку автомобилей и мотоциклов без соответствующих накладных. Еще 750 тысяч долларов просто исчезли со счетов фонда. Проверка в Замбии выявила неучтенные расходы в размере 3,5 миллиона долларов. Один из замбийских бухгалтеров украл более 100 тысяч долларов из средств Глобального фонда. Кроме того, согласно материалам аудита, партии противомаларийных препаратов стоимостью в десятки миллионов долларов, поставляемые в виде гуманитарной помощи африканским странам, реализуются на черном рынке. В связи с этим власти Швеции отложили ежегодные пожертвования Глобальному фонду в размере 85 миллионов долларов. Представитель шведского Министерства иностранных дел Петер Ларссон заявил, что страна обеспокоена выявленными фактами коррупции в Мали и Мавритании. Руководство Глобального фонда заявило о намерении ликвидировать коррупционные схемы распределения выделяемых организацией средств. По словам представителей благотворительной организации, причиной растрат стал недостаток контроля за получателями грантов в лице министерств здравоохранения африканских стран. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией является одной из крупнейших благотворительных организаций в мире. Пожертвования в фонд вносят многие известные люди, среди которых вокалист группы U2 Бono и первая леди Франции Карла Бруни-Саркози. Кроме того, Фонд Билла и Мелинды Гейтс ежегодно жертвует Глобальному фонду 150 миллионов долларов.

*Источник: medportal.ru*

**Германия оставит США без смертельных инъекций**

Федеральная врачебная палата ФРГ призвала немецкие фармацевтические концерны прекратить экспорт в США компонентов вещества для инъекций, которое используется для смертной казни. «Немецкая фармацевтическая промышленность должна показать, что в данном случае может действовать в соответствии с этическими нормами», — отметил председатель врачебной палаты Франк Ульрих Монтгомери. Ранее с призывом прекратить поставки лиофилизированного тиопентала натрия, использующегося для изготовления смертельных инъекций, к немецким фармацевтам обратился министр здравоохранения ФРГ Филипп Реслер. В самих США производство тиопентала натрия фактически прекращено. Как добавляет AFP, из-за нехватки тиопентала в Соединенных Штатах уже было отсрочено исполнение нескольких смертных приговоров.

*Источник: Passauer Neue Presse*



**В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга:**

**И.П. Кипервас  
«ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ»**

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

**Внимание!**

Начало на стр. 7 ➔

флора (*Klebsiella pneumoniae*, *E.coli*), *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, и реже наблюдаются внутриклеточные возбудители. Критерии, определяющие госпитализацию: клинические (тахипноэ, артериальная гипотония, нарушение сознания, тахикардия, повышение температуры тела выше 40°C или снижение ниже 35°C) и лабораторные (лейкоциты в крови менее  $4 \times 10^9$ /л или более  $25 \times 10^9$ /л, гипоксемия, гиперазотемия), а также наличие поражения более 1 доли легкого, наличие полости распада, плеврального выпота, увеличение инфильтрации более 50% за 2 суток, внелегочные очаги инфекции, сепсис или полиорганная недостаточность. Необходимо учитывать возраст пациента старше 65 лет, сопутствующие заболевания и неэффективность терапии антибактериальными препаратами.

Амбулаторно мы лечим пациентов более молодого возраста, нетяжелые пневмонии, и препаратами выбора здесь являются амоксициллин или амоксициллин/клавуланат для перорального приема. Не рекомендуется менять антибиотик ранее чем через 72 ч, кроме случаев клинического или рентгенологического ухудшения либо бактериологической идентификации возбудителя.

## 2. Профессор Е.Н. Попова «Как правильно лечить ОРВИ, чтобы избежать осложнений».

В докладе представлена проблема изменения течения респираторной вирусной инфекции под воздействием внешних факторов окружающей среды, как например, этим летом, когда многие больные оказались в условиях повышенной задымленности. Вредные факторы, оказывающие влияние на легкие, чрезвычайно разнообразны и затрагивают нашу повседневную деятельность. Размер вредных частиц, которые попадают в дыхательные пути, имеет большое значение. Чем они меньше, тем более глубоко проникают в дыхательные пути. По мере того как сигареты становятся «лучше», они становятся более вредными, потому что в табачном дыме уже содержатся малые частицы, которые более глубоко проникают в дыхательные пути.

Известно, что пылевые частицы выступают как раздражающий фактор, действие которого может проявляться в виде фарингитов, ОРВИ, ринитов и отитов, обострения ХОБЛ и развития пневмоний. В настоящее время появился такой термин как «синдром раздраженного легкого»: появление гиперреактивности под воздействием хронической экспозиции пыли.

Основные составляющие терапии бронхолегочной инфекции — антибактериальная, муколитическая и симптоматическая терапия. Основными факторами, определяющие выбор антибиотика при инфекции дыхательных путей, являются активность в отношении ключевых возбудителей, высокие концентрации в миндалинах, бронхиальном секрете, легочной ткани, благоприятный профиль безопасности, наличие уникальных неантимикробных эффектов (противовоспалительный, мукоорегулирующий).

Важное направление в рациональной терапии пневмоний — это преодоление антибиотикорезистентности. Как известно, резистентность микроорганизмов к антибиотикам преодолевается при помощи клавулановой кислоты. В случае развития антибиотикорезистентности необходимо применять комбинированную терапию внебольничной пневмонии, например, сочетание β-лактамов и макролидов: активность макролидов в отношении типичных и «атипичных» возбудителей (распространенность микст-инфекции), потенциальный синергизм антибиотиков различных классов (различные точки приложения β-лактамов и макролидов), противовоспалительный эффект препаратов. И β-лактамы, и макролиды, фторхинолоны обладают побочными эффектами, например, гепатотоксичностью. Наименьшее число данных по осложнениям касается макролидных антибиотиков, возможно, это объясняется тем, что срок приема этих препаратов достаточно короткий.

Почему у пациента, перенесшего респираторную инфекцию, нередко длительно сохраняется кашель? Известно, что вредные частицы и возбудители влияют на мукоцилиарный клиренс и не только повреждают дыхательные пути, но и изменяют состав бронхиального секрета: он становится более густым. Это приводит к изменению дренажной функции бронхов, нарушается выведение из дыхательных путей вредных частиц, микроорганизмов и создаются условия для колонизации микроорганизмов. Поэтому муколитическая терапия крайне необходима больным, перенесшим респираторную вирусную инфекцию и тем, у кого наблюдается

кашель. Муколитические препараты следует назначать сразу с антибактериальными, для того чтобы своевременно обеспечить адекватный дренаж дыхательных путей.

Среди мукоактивных препаратов следует выделить неферментные муколитики — препараты группы N-ацетилцистеин, доказавшие свою эффективность при респираторной вирусной инфекции, ХОБЛ. Препараты группы N-ацетилцистеин показали высокий уровень доказательности во многих клинических исследованиях. Так, было показано, что N-ацетилцистеин уменьшал частоту обострений ХОБЛ.

На сегодняшний день не существует оптимального мукоактивного препарата, т. к. имеется индивидуальная непереносимость, аллергические реакции и др. Тем не менее N-ацетилцистеин, а также другие муколитические средства в основном безопасны вследствие низкой токсичности, они, как правило хорошо сочетаются с другими лекарственными средствами. Очень эффективны в отношении мукоцилиарного клиренса, удобны в использовании, имеются пролонгированные формы, обеспечивающие простоту дозирования и высокую комплаентность. Пациенту необходимо объяснить, как правильно применять препарат, т. к. не всем пациентам, особенно тем, у кого выражена гиперреактивность дыхательных путей, муколитические препараты показаны, и назначение их может привести к усугублению дыхательной недостаточности.

При обострении хронического обструктивного бронхита кроме антибиотиков назначают N-ацетилцистеин (Флуимуцил, растворимые таблетки или порошок в теплой воде) 600—1200 мг в сутки или ингаляции через небулайзер, 300 мг, с добавлением физиологического раствора. В госпитальной практике используют двухэтапные схемы применения флуимуцила при пневмонии или обострении ХОБЛ. Согласно современным методическим рекомендациям, при лечении табачной зависимости и профилактике ХОБЛ рекомендуется назначать мукоактивные препараты.

Всем пациентам для профилактики и лечения обострения хронического бронхита в первые 4 недели отказа от курения табака показано применение Флуимуцила 600—1200 мг/сутки.

Применение Флуимуцила позволяет избежать нарастания бронхиальной обструкции и уменьшить выраженность респираторных симптомов.

*Комментарий проф. В.Е. Ноникова:* Поблагодарил всех докладчиков за интересные доклады, касающиеся многих аспектов клинко-эпидемиологической ситуации, которая сейчас наблюдается в Москве. Отметил, что наблюдается рост заболеваемости респираторными заболеваниями, увеличилось количество пневмоний, обострений ХОБЛ. Также отметил прекрасно сформулированные показания к назначению антибактериальной терапии, представленный алгоритм лечения обострения хронического бронхита. Ещё раз подчеркнул, что не надо ждать повышения температуры, лейкоцитоза, повышения РОЭ: если наблюдается усиление одышки, увеличение количества отделяемой мокроты, она становится более гнойной — в этой ситуации необходимо назначать антибактериальные препараты.

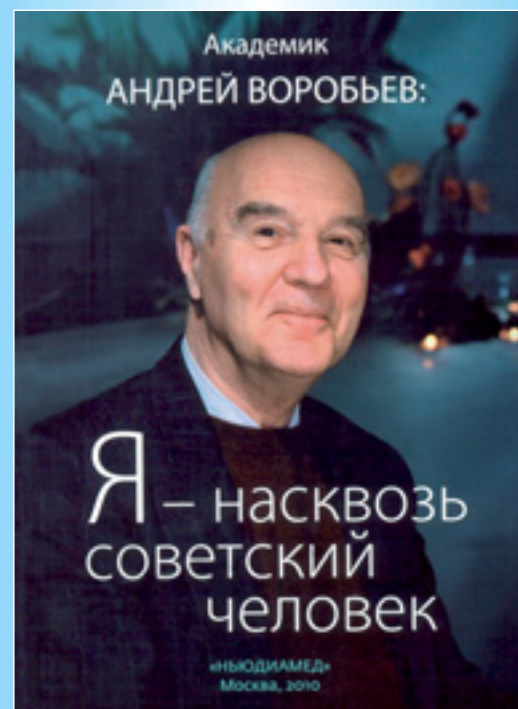
В последние годы увеличилось количество респираторных заболеваний, которые протекают с синдромом коклюшеподобного кашля. Этот синдром дают три инфекции — вирус парагриппа 3 типа, микоплазма и хламидия. В этом случае у больных развивается синдром трахеобронхиальной дискенезии. В положении лежа кашель усиливается. Для подавления кашлевого рефлекса можно назначать коделак, холинолитики, дыхательную гимнастику с сопротивлением на выдохе.

Считается доказанным что N-ацетилцистеин (флуимуцил) кроме всего прочего обладает противовирусным действием, т. е. пациенты, которые принимают это препарат достоверно реже болеют респираторными инфекциями. При лечении острой инфекции N-ацетилцистеин (флуимуцил) назначают на короткий период, при ХОБЛ — от 6 месяцев до 1 года, и в ряде больших исследований доказано, что у этих пациентов уменьшилась частота обострений ХОБЛ.

*Заключение член-корр. РАМН, проф. В.П. Богомолова:* Поблагодарил докладчиков за представленный обширный материал. Отметил, что никаких убедительных фактов достижения основного результата профилактики и снижения тяжести респираторных инфекций с помощью вакцинации нет. Применение вакцинации при сезонном подъеме заболеваемости ОРЗ — это абсурд. Вакцинацию надо проводить только при пандемии гриппа. Поэтому надо обратить внимание на повышение неспецифической резистентности организма.



## Академик Андрей Воробьев: Я — насквозь советский человек



Ньюдиамед, 2010 г. — 948 с.  
ISBN 978-5-88107-081-6

Эта книга о выдающемся враче, ученом и замечательном человеке академике Андрее Ивановиче Воробьеве, составленная в значительной мере из его выступлений, статей, клинических разборов, интервью, публикаций комментариев авторов-составителей.

Читатель увидит, как пульсирует мысль, формируются непростые решения.

В книге много исторических параллелей, необычных для современности взглядов по вопросам этики и морали. Книга одинаково интересна как врачам всех специальностей, так и читателям без медицинского образования.

По вопросам приобретения обращаться:

Издательство «Ньюдиамед»

www.zdrav.net

E-mail: mtpndm@dol.ru

(499) 782-31-09

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена ⚡

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