



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Случайный разговор на одной из телепередач с главным редактором. Вспомнили его отца, дядю. Возникла мысль про интервью.

Мой род Линденбрatenов, по преданию, выходцы из Германии, осевшие в Прибалтике. Прадед был пивоваром. У него было трое детей. Одна из дедовских сестер стала стоматологом, а ее муж — педиатром. Дед — Давид Соломонович Линденбрaten — родился в Вильне. А потом, то ли прадед с семьей начали дело расширять, то ли еще что, но оказались они в Томске.

История моей семьи — это история страны. Дед учился в Томском университете на медицинском факультете, когда начались революция и гражданская война. И он, насколько я знаю, не доучившись, как красный кавалерист попадает в Туркестан и воюет с басмачами. Басмачей прогнали, и надо было мирную жизнь организовывать. Так мой дед оказывается в Ташкенте, где заканчивает свое медицинское образование в Туркестанском государственном университете и начинает там работать, за несколько лет дойдя до должности зам. наркома здравоохранения Узбекистана, а затем и директора Среднеазиатского института физиотерапии, ортопедии и онкологии.

В 1930 году едет в Ленинград и становится там рентгенологом. Одним из первых рентгенологов в молодой советской стране. Фактически он стоит у истоков профессии. Дед был прекрасным рентгенологом и педагогом, главным рентгенологом Ленинградского фронта в годы войны. А в 1948 году началось «дело врачей-убийц». Многих профессоров и врачей освобождали от должностей, некоторых арестовывали. Деду не было предъявлено никаких обвинений, но внезапно ликвидировали возглавляемую им кафедру, уволив всех преподавателей. И он, фактически один из основоположников советской рентгенологии, некоторое время не мог устроиться ни на какую работу, перенес несколько инфарктов миокарда и скоропостижно скончался в 61 год.

Хотя, как это не парадоксально, ему еще повезло, а ведь мог исчезнуть, как исчезли бесследно все мои бабушки, дедушки по материнской линии. Они были арестованы вместе с моей матерью Ириной Павловной и ее сестрой, но их по малолетству выпустили. Они побоялись вернуться домой и прятались какое-то время в Петергофе в яхт-клубе. Моя бабушка — урожденная Каковцева. Каковцевы — это очень интересный род. Один из самых ярких его представителей, наверное, был граф Владимир Николаевич Каковцев, который в 1910-х годах был министром финансов России в правительстве Витте и одно время выполнял функции председателя Совета министров. Владимир Николаевич успел уехать в революцию в Париж и стал директором коммерческого банка. Ряд других Каковцевых тоже были при дворе, а один из них был строителем железных дорог в России. У меня сохранилась купчая на наследственный дом матери в Петергофе, в которой по наивности ее родители, очевидно, чтоб избежать репрессий, пытались исправить одну букву в фамилии. Не помогло.

Моя мама сама себя сделала «с нуля», выжив благодаря доброте окружающих людей и пройдя через комсомольскую юность. А затем она получила 2 высших образования: Институт физкультуры (чемпионка ВМФ СССР по прыжкам в воду, заканчивавшая спортивную карьеру со мной внутри) и Библиотечный институт. При этом была фантастической доброты и самопожертвования человек (кстати, как и ее сестра, талантливая режиссер, которая пошла работать в интернат для детей с ДЦП, где получала более чем скромную зарплату, но ставила с ними спектакли и видела их счастливые глаза). Когда мы переехали в Москву, мама устроилась библиотекарем в библиотеку 1-го меда и всю жизнь там проработала. Там она была мать всех студентов: доставала для студентов правдами и неправдами всю необходимую литературу, прощала задержки с возвратом и утерю книг. Периодически еще и подкармливала студентов (да и не только студентов).

Детство моего отца Леонида Давидовича Линденбрatена прошло в 20-е годы прошлого века в Средней Азии (Ташкент, Бухара, Самарканд). Он рассказывает про улицы, окаймленные арыками и рядами стройных

тополей. Многие женщины в парандже. Неторопливо движутся ослики с повозками, иногда проедет арба, запряженная верблюдом. Семья в 1934 г. переехала в Ленинград. Занимался пионерской работой, в драматической студии был членом Совета Ленинградского дворца пионеров. Среднюю школу отец закончил с отличием в 1940 г. Сомнений с выбором профессии у

## Линденбрatenов семья



Александр Леонидович Линденбрaten,  
Заместитель директора ФГБУ,  
«Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН,  
доктор медицинских наук, профессор,  
преподаватель Высшей школы экономики

него не было, он твердо шел по стопам отца, которого очень любил и уважал. Поступил в Военно-морскую медицинскую академию (ВММА).

Брат отца, мой дядя, Виталий Давидович Линденбрaten, после победы в Великой Отечественной войне, участником которой он был в составе войск Ленинградского фронта, закончил Военно-медицинскую академию и дальше был направлен служить на Дальний Восток, где впоследствии долгие годы возглавлял кафедру патологической физиологии в Хабаровске. Он опубликовал 230 научных трудов, в том числе 33 учебных пособия и 6 монографий. Под его руководством защищено 17 кандидатских и 3 докторских диссертаций. Его дочь тоже стала врачом.

Через год после начала отцовской учебы началась Великая Отечественная война. Его курс был преобразован в бригаду морской пехоты и участвовал в обороне города. После первых месяцев блокады их вывели из окруженного Ленинграда по льду Ладожского озера (по печально известной «ледовой дороге»).

Еще в военные студенческие годы на кафедре рентгенологии ВММА отец начал заниматься научными исследованиями. Тогда он выполнил экспериментальное исследование, изучив всасывание контрастных веществ (истинных и коллоидных растворов и взвесей) из плевральной и брюшной полости — это стало темой кандидатской диссертации, защищенной впоследствии. В 1945 г. папа закончил с отличием ВММА и затем служил старшим рентгенологом Северо-Балтийского фло-

та в Таллинне (где и познакомился с мамой — тогда инструктором по лечебной физкультуре) и Ленинграда. В 1956 г. был назначен старшим преподавателем кафедры рентгенологии ВММА, а в 1958 г. — заместителем начальника кафедры рентгенологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Годы работы в рентгеновских отделениях клиник ВММА, размещенных в многопрофильных ленинградских больницах (Обуховской, Александровской, имени Коняшина, имени Чудновского) подсказали идею книги «Методика изучения рентгеновских снимков», занимаясь неотложной рентгенологической помощью (так зародилась книга «Неотложная рентгенодиагностика»). Вместе с дедом они написали руководство «Рентгенодиагностика заболелваний органов дыхания у детей». Отец стал широко применять малораспространенные тогда в нашей стране методики — бронхографию, диагностический пневмоперитонеум (ему он посвятил отдельную монографию), холецистографию и холангиографию (материалы легли в основу монографии и докторской диссертации, защищенной в 1954 г.).

«Дело-врачей» и кампания против «космополитов» (против приклонения перед иностранщиной) сказались и на отце. Отца, несмотря на ученую степень доктора медицинских наук, не допустили к конкурсу на должность ассистента. При этом отец демобилизовался с большим трудом. Его не хотели отпускать, пришлось дойти до Ефима Ивановича Смирнова.

В 1959 г. папу избрали заведующим кафедрой рентгенологии и радиологии 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. Когда он приехал в Москву в 1959 г., кафедра имела всего одну комнату в рентгеновском отделении московской городской больницы № 24. В течение нескольких лет удалось укрепить преподавательский состав, добиться перевода кафедры на территорию 1-го ММИ им. И.М. Сеченова, организовать при кафедре радиологическую клинику, дозиметрическую, ангиографическую и радиоизотопную лаборатории, термографический кабинет и позднее маммологическую лабораторию.

Главным направлением работы кафедры была модификация системы преддипломной подготовки по медицинской радиологии. Был разработан курс лекций, рассчитанный на сочетание у слушателей рационалистического мышления и образного восприятия медицинских изображений, организован курс комплексных лекций, читаемых вместе с видными учеными (терапевтом З.А. Бондарь, хирургом М.И. Кузиным, патологоанатомом А.И. Струковым). Были внедрены новые формы практических занятий с акцентом на самостоятельную работу студентов. Совместно было опубликовано 23 методических пособия по преподаванию медицинской радиологии. С 1963 г. все студенты медицинских вузов нашей страны изучают радиологию по папиным учебникам (имелось также переиздание на узбекском языке и руководство на латышском языке). С 1960 г. на кафедре стало развиваться важнейшее направление — ранняя диагностика рака и дисгормональных заболелваний молочной железы. Был организован первый центр по массовым обследованиям женского населения.

Отец написал 37 монографий, учебников и руководств, 6 разделов по радиологии в известных клинических руководствах, опубликовал свыше 350 статей в журналах. Свыше 20 публикаций были на английском и немецком языках (папа хорошо владеет обоими). Под его руководством были защищены 20 докторских и



Давид Соломонович Линденбрaten

Начало на стр. 1 ↗

80 кандидатских диссертаций. Отец награжден двумя орденами, 17 правительственными медалями («За оборону Ленинграда», «За боевые заслуги» и др.), 3 медалями ВДНХ СССР, многими почетными нагрудными знаками и грамотами.

Кафедрой он заведовал 32 года, после чего перешел на должность профессора той же кафедры. Быстрое развитие новых лучевых технологий, создание новых технических и программных средств для получения, обработки, передачи и хранения изображений обусловили небывалые возможности лучевой диагностики. Прогресс в последние десятилетия поразительный. Целое поколение российских рентгенологов было лишено возможности использовать новые диагностические методики из-за отсутствия современного оборудования и полноценной государственной системы непрерывного постдипломного образования, и лишь в последние годы наметился определенный прогресс. В 1994 г. отец обратился к руководству 1-го меда с заявлением о необходимости выделения для развития кафедры и радиологической службы института 15 млн. долларов и о направлении 10 выпускников для подготовки по радиологии в лучшие зарубежные центры, поскольку рентгенология и радиология во всем мире в это время совершили серьезный рывок и надо было догонять упущенное в перестройку. К сожалению, эти предложения тогда еще не могли быть приняты.

Отец подал заявление об уходе и перешел на работу в Научно-практический центр медицинской радиологии Комитета здравоохранения Москвы, где трудится и по сей день. Многие интересуются, почему отец не был избран в Академию медицинских наук. Прежде всего потому, что не добивался этого. Более того, когда ректорат и Ученый совет 1-го ММИ им. И.М. Сеченова выдвигали его для участия в конкурсе в АМН СССР, он письменно отказывался. Копии этих писем, равно как и письмо, в котором он отказался от награждения грамотой Верховного Совета СССР, хранятся у него до сих пор.

Отец — это всегда так было — видит, как правильно надо строить систему, как издавать журнал, как учить студентов. Он пытается этого добиться всеми силами. Он всю жизнь целенаправлен. У него со школьных лет бесконечная жажда познания и потрясающее трудолюбие. Он уже тогда начал учить английский и немецкий языки, осваивал философию. Отец и по сей день сотрудничает с научным сообществом, активно читает литературу, постоянно работает в Интернете, в курсе всех современных событий в медицинской радиологии. С 1996 по 2004 гг. он был президентом Московского объединения медицинских радиологов, а с 2004 по 2011 гг. — главным редактором журнала «Радиология-практика».

Папа активно работает и каждый день с двумя пересадками ездит на метро на работу. Правда вот недавно сказал, что стал несколько уставать, представляете, это в 90 лет... Каждую неделю ездит в Ленинскую библиотеку и сидит там, работает. И если б не это, тогда не было бы сил ни на что. Это же способ существования. А вообще, по его мнению, добиться успеха в жизни можно при комбинации из четырех В: Воля + Выдумка + Встань + Вперед! И не забывая при этом другой простой формулы: Т + Т + Т, а именно «талант + терпение + труд».

Я прожил в Ленинграде до 10 лет, и он для меня до сих пор родной. Все эти красоты моими детскими ногами вдоль и поперек исхожены. Как это не удивительно, но я был дитя улиц. Парадокс — при таком окружении, таких родителях, я был предоставлен сам себе. Отец был предан работе, мать училась в институте. Не до меня им было. Но весь дом был набит книгами, наверно поэтому я читать рано начал, а в раннем детстве еще и болезненный был, поэтому перечитал все, что можно было. Я маме помогал экзамены сдавать — читал и ей кратко пересказывал.

Но иногда я выздоравливал и выходил во двор. Во дворе-колодце тесно, а за воротами Мойка, Дворцовая площадь, Нева. Сами сетки делали, рыбок ловили. Мы пешком ходили по всему городу. Зарабатывали первые денги. Везде было печное отопление, в подвалах, в бомбоубежищах у всех были склады дровяные. Осенью приезжала машина, сгружала возле дома дрова. Их пилили, рубили, кололи. Смотреть было очень интересно. Когда приходило время перетаскивать в подвал, мы, детвора, кричали: «Дяденька, давай поможем». И дружно перетаскивали дрова в подвал. Конечно, всю благодарность тут же тратили на сладости. Это было мое счастливое ленинградское детство.

Дома меня никогда не ограждали от домашних дел, я за всем с интересом наблюдал и участвовал. Мама хорошо готовила, и я, глядя на нее, научился. А потом и родителям стал помогать. Отец возвращался с работы и его надо было кормить (а он сам как-то не готовил да и по магазинам не ходил). Так что поход за полуфабрикатами и их разогревание для него стали предметом моей гордости. Но жарка котлет абсолютно не мешала мне после этого бежать во двор гонять в футбол.

Вообще я в моем беззаботном ленинградском детстве жил бок о бок с Курдовым, Чарушиным, выгули-

вавшими своих собак на Невском. В детстве я бывал в доме Виталия Бианки. Это был потрясающий дом. Рояль, картины, всегда прекрасно сервированный стол с накрахмаленными салфетками в колечках и супницами, подставочками для вилок и ножей. Богатейший язык Виталия Валентиновича. Помню, что я как-то там впросак попал, когда блины с икрой и рыбой подавали. А у нас в доме такого никогда не было.



Леонид Давидович Линденбратен

То есть блины были, ну их как-то ели просто так, с вареньем или сгущенкой. Я общался больше с его дочерью Еленой (в обиходе она была Ноникой) и внуком Сашей. Елена прекрасный художник, благодаря которой я в школе однажды получил сразу 5 пятерок по рисованию. Она, будучи у нас в гостях, нарисовала наш вид из окна, а я потом сверху бумагу наложил и срисовал. Понял, что получилось слишком красиво, слегка подпортил и сдал. Учитель по рисованию был в полном восторге...

Поскольку отец (и я впоследствии) увлекался театром и спортом, то в доме часто (сначала в качестве пациентов, а потом друзей) бывали многие интересные люди, известные актеры и т. д. Отцу в силу профессии, конечно, приходилось консультировать и партийную элиту. Как-то он мне рассказывал, что ему пришлось осадить Щелокова, который не мог ждать и заявлял, что он министр внутренних дел и у него нет времени. На что отец ему сказал, что «это Вы там министр внутренних дел, а в этом кабинете министр внутренних дел я».

Я уже больше 50 лет играю в футбол. Так сложилось, что я не стал профессиональным футболистом. Но я играю всю жизнь. На полке в шкафу кубки и медали, фотографии с матчей. Мне доводилось встречаться на поле со многими замечательными мастерами, профессионалами. Не то чтобы мои родители в свое время воспротивились моей футбольной карьере. Вообще-то у меня были гениальные родители. Они мне никогда ничего не запрещали и от меня никогда ничего не требовали. Они лишь советовали. Ненавязчиво вкладывали в меня информацию для размышления. Они мне доходчиво рассказали, что лет до 30 я в футбол поиграю, образования не получу и что буду делать дальше — неизвестно... А футболом, конечно, надо заниматься — спорт это полезно, это здоровье, это сила воли, но не профессия. Ведь и отец, и дед тоже в футбол играли, они меня этим и заразили.

Это парадоксально, но при отце, деде, дяде врачах я в медицину попал довольно случайно. К моменту, когда надо было поступать в институт, меня увлекали две вещи: футбол и самодеятельность. Рос я таким нормальным, неглупым парнем. Учился легко и хорошо, поэтому поводов особых для критики не давал. Но и о будущем не сильно задумывался. В Институт физкультуры тогда брали с разрядом не меньше первого, а у меня был второй. Годик позаниматься, не поступать — это означало в армию пойти. В театральные сдавали музыку, а у меня с музыкальным слухом плохо. Подумал: «Хорошо, пусть журналистика — тоже творческая профессия», но тогда при поступлении требовалось не менее 2 лет стажа в многоотиражной газете. Медицинститут я выбрал, просто перелистывая справочник, методом исключения: куда я совсем не хочу и куда не могу. Выяснилось, что в год, когда я поступал, в медицинском убрали экзамен по иностранному языку и еще не ввели биологию. И я, реально оценивая свои знания, понял, что поступлю. И тут еще мама капнула последнюю каплю: «А с чего ты взял, что, проучившись

в медицинском, тебе надо будет обязательно кого-нибудь резать? Ты посмотри, сколько известных людей закончили медицинский и не стали врачами. Ты хочешь играть в футбол — играй, кто тебе не дает. Хочешь театр — вперед в самодеятельность». Так я и поступил.

На протяжении всей моей жизни спорт (футбол) и театр идут со мной параллельно, просто они не стали профессией, а остались любимыми увлечениями. Поступив в 1-й мед, я сразу же стал играть за команду вуза по футболу и стал членом команды КВН. За футбольную команду 1-го меда я играл до сорока одного года. А в зимние и летние каникулы я еще работал в институтском пионерлагере, сначала вожатым, а потом — «руком»: физруком, хуцруком и т. д. Поэтому сессии всегда сдавал досрочно, как-то в промежутках между всеми этими увлекательными занятиями. Как говорили все мои друзья, я окончил театрально-спортивный вуз с медицинским уклоном.

А в одной группе со мной учился Михаил Александрович Пальцев, видите, какой разный результат обучения в одном институте и даже в одной группе. Я даже когда лекции в институте слушал, не столько в их суть вникал, а оценивал мастерство педагога, искусство лектора. В какой-то момент на старших курсах меня жизнь столкнула с преподавателем кафедры организации здравоохранения Гомельской Гиндой Львовной, милейшая бабушка, прожившая около 100 лет. Ее когда-то в Москву из Екатеринбурга работать забрал еще Н.А. Семашко. Она так и осталась ассистентом кафедры. Ее многие поколения студентов 1-го меда помнят. Добрейшей души человек была, студентов любила и помогала всем, чем могла. Они с моей матерью не могли не найти друг друга: два человека в одной организации, которые бесконечно всем помогают. И мама послала меня к Гинде Львовне на «поговорить». Гинда Львовна поговорила, и я вдруг понял, что из всего, что я проходил за предыдущие годы, это для меня самое интересное.

Я вообще по натуре игрок, очень люблю решать всякие задачи, кроссворды, играть в бильярд, карты, любые спортивные игры. И тут я тоже увидел игру. Игра — это модель жизни. В игре нужно найти правильное решение. Конечно, врач каждый день с каждым из пациентов решает массу задач. Но именно в организации здравоохранения поиск хорошего правильного решения может всерьез влиять на судьбы миллионов людей. Я уверен, что хороший врач — это особенный человек, который при виде больного, не просто сострадает ему (это и мне абсолютно не чуждо), но и в ту же секунду его мозг начинает перебирать массу вариантов, как этому человеку помочь. И только люди с таким складом могут и должны быть практикующими врачами.



50 лет в футболе

Я другой. И нашел себя в ином. Я счастлив, что могу помогать людям, приносить пользу обществу, решая сложные и интересные задачи другого порядка. Как организовать здравоохранение на разных уровнях так, чтоб и врачу, и пациенту хорошо было. И все это при ограниченных ресурсах. Я, так же как и мои дед отец, не научился отказываться от работы, также работаю более чем в напряженном графике. Но ничего не поделаешь — такое воспитание. Сегодня некоторые вещи внедряются, про которые я 15—20 лет назад писал «вот как должно быть». И я радуюсь, что хоть и с такой «задержкой» и без авторства, но внедрено. Нам всегда важны похвала и признание от близких, любимых, уважаемых именно нами людей. Ближнего круга, а не регалии. Более того, похвала из уст некоторых людей это знак, что ты скорее что-то делаешь не так... А для того чтоб дети понимали, уважали, восхищались родителями, важны не регалии. Значительно важнее то, что они видят, как ты работаешь изо дня в день, твои книги и публикации, как к твоему мнению прислушиваются многие уважаемые люди, что к тебе

Продолжение на стр. 3 ↗

Начало на стр. 1, 2

за консультацией едут со всей страны, а то и мира. Для меня важно, чтобы мои дети понимали что настоящее, а что — нет.

Оба мои сына стоматологи — старший уже состоявшийся, младший еще недоучивающийся. Причем старший выбрал свой путь — сначала пошел в зуботехнический колледж, это был исключительно его выбор. Он современный человек, подумал-прикинул, где он сможет зарабатывать больше, чем родители. Мы ему не мешали. Он стал сначала зубным техником очень высокой квалификации, одним из лучших в Москве. А потом пошел учиться на стоматолога. В итоге вышел на «замкнутый цикл», теперь он умеет своими руками все. После чего создал лабораторию, где работает в свое удовольствие. И жена его тоже стоматолог. Меня сыновья скорее жалеют, считая, что я неправильно

живу, раз много работаю и мало получаю. Они бизнесмены, у них другие представления и ценности, но оба уже, кажется, поняли, что добиться чего-то можно только своим трудом. А дочка у меня отличалась этим с детства. Она фанатичная трудяга, внешне в бабушку и с деловским трудолюбием, с тягой к лидерству. Она учится на юриста, ей чрезвычайно важно быть лучшей во всем с патологической жадой справедливости.

Я убежден, что и мой папа, и я могли бы стать академиками, но при этом пришлось бы поплатиться принципами. Мы оба к этому оказались не готовы. А звания ни для отца, ни для меня никогда не были особенно важными, главное — дело и признание, что ты его делаешь хорошо. И мне хочется думать, что такие традиции есть во многих замечательных российских семьях потомственных медиков.

Беседовала А. Власова

ПИСЬМА

Итак, свершилось! Бойкие речи Акимовой и «реформофреников» от медицины воплотились в жизнь, и в Украине «запращивал» так называемый институт семейной медицины. «Амбулатория семейной медицины» — это комната на первом этаже жилого дома, в которой сидит «семейный терапевт» — бальзаковского возраста тетка, вооруженная градусником, стетоскопом и тумбочкой для подаяний. Другое медицинское оборудование в радиусе 3 километров отсутствует.

В соседней комнате сидит медсестра, не вооруженная ничем, пока ты ей не дашь шприц, спирт, вату, необходимый препарат и 25 гривен, чтобы она с первого раза попала тебе в вену. Все остальные исследования и процедуры проводятся в районной поликлинике, до которой надо либо 40 минут идти проходными дворами, либо за то же время добираться на транспорте, делая пересадку и крюк в 5 километров.

Как обычно, всякие подянки подкрадываются на конец недели. Выходные проходят в ожидании — «...а вдруг оно само пройдет?», ибо больничный, даже оплачиваемый, — это зло. Во-первых, разница в зарплате за месяц будет ощутимой, а, во-вторых, по условиям контракта с работодателем болеть ты имеешь право не более 10 дней в году. Вот такие grimасы капитализма.

Не прошло... в понедельник иду к «семейному врачу»... Принимает она с 12 до 15, при этом приходит в амбулаторию она не раньше половины первого, а уходит не позже половины третьего:

— Так, что у нас тут... а что это вы такой бледный? Температура? 39,6? Странно, а у меня градусник показывает 37? Ах, жаропонижающее пили, но вы же понимаете, я не могу вам открыть больничный с такой температурой. Зачем мне к вам вечером заходить? А... температуру померить... Ладно, поверю вам на слово, уж больно у вас легкие хрипы... Только надо анализы сдать и флюорографию сделать в районной, и больничный там же заверить. Флюорография работает до двух, так что идите сейчас, как раз успеете, завтра с утра сдадите анализы, заберёте снимочек и ко мне на приём, я вас записала...

И обязательно постельный режим, обязательно!!!

Ташусь в районную поликлинику, анализы с 7 до 8 утра, рентген до 12 и запись на три дня вперед со своей пленкой. В общем, ничего не сделал, только больничный заверил. Пока ходил туда-сюда — температура подскочила до 39.

Во вторник с утра сдаю анализы, делаю флюорографию, возвращаюсь в свой район и иду в «семейную амбулаторию» на приём. А за бортом, между прочим — 15:

— Ну здравствуйте... как то вы плохо выглядите... и температура за 38, давайте вашу флюорографию. Как не принесли? Почему только сегодня сделали? Ах, она только до 12 работает?.. Как же я так ошиблась? А зачем вы тогда пришли? А... я сказала... так я думала вы флюорографию мне принесёте... я же не могу вам без диагноза лечение назначить... Ну, попейте грудной сбор, хуже точно не будет. Завтра с утра заберете флюорографию и приходите ко мне... Нет анализы не надо забирать, их мне передадут по электронной почте на компьютер. Где тут у меня компьютер? Не паясничайте! Где нужно там и стоит...

И главное — постельный режим!!!

Среда: температура 39 и уже не сбивается ничем. Еду в районную, забираю флюорографию, иду на приём:

— Да у вас справа затемнение, явная пневмония, будем лечить... А где ваши анализы? А вы их точно сдавали? Странно, почему мне их не передали? А туберкулёзом не болели? Вам бы в тубдиспансер сходить, давайте я вас направлю, за пару часов обернётся... Что совсем не в

состоянии? Что ж вы себя так запустили? Старайтесь поменьше ходить... Я тут рецепт вам выписала, сходите, всё купите и к медсестре... У вас на этот препарат аллергии нет? Как не знаете? А кто, кроме вас, может знать? Вы кстати онколога не проходили, завтра сходите в районную, придите онколога, не дай Бог это рак под пневмонию маскируется... И заодно заберите анализы, я напишу записку, чтобы вам их на руки выдали. Завтра на укол к медсестре, а ко мне не приходите, придёте в пятницу.

Ну и само собой постельный режим!!!

Четверг, прохожу онколога в состоянии коматоза, в тубдиспансер, в

«Семейная укромедицина» после реформы



другом конце города, не поехал, понял, что не доберусь. Температура под 40, забираю все бумажки, иду на укол (чуть полегчало), потом сижу дома пью всякую прописанную мне дрянь...

Пятница, температура 38, на улице — 10:

— Ну, здравствуйте, как самочувствие? Почему это не очень? Вы укол вчера делали? Всё пьете, что я вам выписала? А что именно беспокоит? Всё то же самое? Странно... Я вам такой сильный препарат выписала, а он вам не помогает, направлю-ка я вас в районную на дневной стационар, пусть они там сами разбираются. Вот направление. Можете сегодня сходить оформиться и с понедельника будете лечиться, а можете сразу в понедельник и оформиться (какое счастье, чтобы лишний раз не ходить!!!)...

В дневном стационаре меня встретили приветливо: выдали рецепт на именном бланке врача на антибиотик ценой 33 гривны за ампулу, причем мне нужно два таких укола в день и список аптек, где его нужно купить. Через полтора часа блужданий оказалось, что вышеупомянутый препарат нигде не продаётся, я получил новый рецепт на лекарство ценой в 57 гривен за укол, который тоже нигде не продавался, каждый раз цена антибиотика повышалась, но с 4-м рецептом мне все-таки повезло, я таки купил искомого, но оказалась, что у меня на этот препарат аллергия. В конце концов врач районки махнула на меня рукой, выписала антибиотик в таблетках и, согласившись с моими аргументами, что для приема таблеток мне совсем не обязательно ташиться черт знает куда, разрешила принимать его дома и распрощалась со мной до пятницы.

Главное, она не забыла мне напомнить о строгом постельном режиме!!!

В следующий понедельник я гордо принес на работу больничный, который и близко не покрыл потраченных на лечение денег.

Я не знаю, кому приносят клятву «реформаторы украинской медицины»... может быть, доктору Менгеле, может быть, доктору Зойдбергу, но уж точно не Гиппократу.

Сердитый больной

ИнтерНьюс

Лекарство от ревматоидного артрита оказалось эффективно в лечении амёбной дизентерии

В ходе совместной работы американские ученые из двух институтов обнаружили, что препарат, применяемый для лечения ревматоидного артрита, эффективен и против амёбной дизентерии. Результаты совместной работы под руководством Шарон Рид (Sharon Reed) из медицинской школы Калифорнийского университета (UC San Diego School of Medicine) и Джеймс МакКерроу (James McKerrow) из благотворительного фонда Сэндлера в ходе массового тестирования лекарственных средств обнаружили, что Augapofin — препарат, который уже 25 лет применяется при лечении ревматоидного артрита, оказался эффективным средством против амёбной дизентерии. Это заболевание вызывает простейшее Entamoeba histolytica (дизентерийная амёба), которая была впервые описана русским ученым Лешем в 1875 году. Болезнь характеризуется воспалением верхнего отдела толстого кишечника, иногда простейшее через кровоток попадает в печень, где вызывает абсцессы. Augapofin является препаратом золота и применяется в качестве противовоспалительного средства и иммуносупрессора. Он замедляет течение ревматоидного артрита. Рид с коллегами установили, что это лекарство блокирует белок тиоредоксин редуктазу, которая отвечает за уровень тиоредоксина — белка, связанного с антиоксидантными системами клетки. Таким образом, увеличивается восприимчивость дизентерийной амёбы к активным формам кислорода. Ученые проводили исследования на мышах с амёбной дизентерией и на хомяках, страдающих от абсцессов печени. При применении Augapofin у животных существенно уменьшилось количество паразитов, а также повреждения кишечника и размер абсцессов печени. Новый препарат оказался в 10 раз эффективнее метронидазола, традиционно используемого при лечении амёбной дизентерии. «Так как Augapofin уже одобрен FDA в качестве лекарственного средства, его применение поможет нам сохранить годы, которые в противном случае мы потратили бы на разработку нового препарата против амёбной дизентерии. Новое применение старого лекарства представляется нам очень многообещающим», — отметил Рид. Ученые планируют в ближайшем будущем провести клинические испытания.

Источник: Nature Medicine

Власти США обнародовали план борьбы с болезнью Альцгеймера

Американские власти обнародовали план действий по борьбе с болезнью Альцгеймера в масштабах страны. Национальную программу представила министр здравоохранения и социального обеспечения США Кэтрин Сибелиус. Программа предусматривает ряд мер, направленных на развитие методов диагностики и лечения болезни Альцгеймера, а также ухода за пациентами с этим заболеванием. Кроме того, в рамках указанной инициативы будут выделяться средства на разработку эффективных способов профилактики развития старческого слабоумия (деменции). В частности, как рассказала Сибелиус, 7,9 миллиона долларов будет выделено на исследования эффективности назального спрея с инсулином в качестве средства от болезни Альцгеймера. Власти также профинансируют первые испытания профилактических средств, выделив на эти цели 16 миллионов. Два миллиона долларов будет направлено на обучение медицинских работников методам диагностики заболевания и специализированного ухода за больными. Кроме того, в бюджете США на 2013-й год программа предусматривает дополнительные расходы в размере 100 миллионов долларов. Большая часть этих средств (80 миллионов) будет вложена в научные исследования. Еще 10,5 миллиона будет направлено на поддержку органов опеки, примерно по четыре миллиона долларов выделят на информирование населения о болезни и образовательные программы для медиков. Администрация Обамы объявила о принятии Национального плана борьбы с болезнью Альцгеймера в январе 2012 года. По прогнозам американских специалистов, к 2050 году число жителей США, страдающих старческой деменцией, утроится и достигнет 16 миллионов человек. Ежегодные затраты на содержание таких больных в медучреждениях, а также помощь на дому оцениваются в триллион долларов.

Источник: Science

## ИнтерНьюс

**В Великобритании ЭКО будут бесплатно проводить ВИЧ-инфицированным и больным раком**

Британские эксперты в области здравоохранения рекомендовали смягчить возрастные ограничения на проведение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Соответствующее руководство было опубликовано Национальным институтом здравоохранения и качества медицинской помощи (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE). Согласно рекомендациям NICE, выпущенным в 2004 году, процедуру ЭКО за счет бюджетных средств разрешается проводить женщинам, возраст которых не превышает 39 лет. В новом руководстве специалисты института предложили увеличить возрастной предел до 42 лет. Документ рекомендует бюджетным учреждениям проводить экстракорпоральное оплодотворение гомосексуальным парам и находящимся на лечении пациентам с тем или иным злокачественным заболеванием. В первом случае руководство лишь подкрепляет сложившуюся практику, так как в настоящее время многие государственные клиники уже предоставляют соответствующие услуги геям. Эксперты NICE также посоветовали предлагать ЭКО лицам с различными инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфицированным. Кроме того, список кандидатов на бесплатную процедуру предлагается расширить за счет пар, которые не смогли зачать ребенка в течение двух лет (ранее этот срок составлял три года), и инвалидов. Как сообщалось ранее, по данным Управления национальной статистики (Office for National Statistics), частота многоплодных беременностей у британок выросла почти на семь процентов в период с 2000 по 2010 год. Специалисты связывают эту тенденцию с ростом популярности репродуктивных технологий. В частности, многоплодная является каждая четвертая беременность в результате ЭКО, тогда как при естественном зачатии — лишь одна из 80.

Источник: Bloomberg Businessweek

**Рак и ревматоидный артрит оказались связаны общим молекулярным механизмом**

Американские ученые (доктора медицины Сяоюй Ху и его коллеги из больницы специальной хирургии (Hospital for Special Surgery) в Нью-Йорке) установили, что клеточный сигнальный путь Notch, связанный с возникновением рака, влияет и на развитие ревматоидного артрита. В клеточном сигнальном пути Notch участвуют трансмембранные белки, регулирующие выбор путей дифференцировки различных клеток у многоклеточных организмов. Из результатов работ других ученых известно, что Notch связан с возникновением рака, а также что мутация в одном из связанных с этим сигнальных путем генов приводит к возникновению ревматоидного артрита. Ху и ее коллеги провели ряд экспериментов на мышах, в макрофагах которых отсутствовал этот клеточный сигнальный путь, поэтому их организм не мог продуцировать определенный тип макрофагов. Такие грызуны были мало подвержены возникновению ревматоидного артрита. В ходе другого эксперимента ученые установили, что из-за сбоев в клеточном сигнальном пути макрофаги начинали «атаковать» суставы. В ответ на это клетки начинают вырабатывать медиаторы воспаления. Таким образом, все время поддерживается воспалительный процесс. Также ученые определили, каким образом влияние Notch на молекулярный каскад приводит к возникновению воспалительных макрофагов. «Мы объяснили путь развития ревматоидного артрита и доказали, что ингибиторы Notch, которые разрабатывались для лечения рака и болезни Альцгеймера, можно использовать и для лечения ревматоидного артрита», — отметила доктор Ху. Некоторые из этих ингибиторов проходят третью фазу клинических испытаний.

Источник: EurekAlert!

**На рынок выпущено музыкальное устройство, помогающее недоношенным младенцам научиться сосать**

Как известно, младенцы, сильно недоношенные из-за недоразвитости нервной системы, не могут правильно координировать сосательные, глотательные и дыхательные движения, и потому не могут питаться самостоятельно. Научиться сосать — жизненно важная необходимость для таких младенцев. Профессор музыкальной терапии университета штата Флорида Джейн Стэндли еще десять лет тому назад придумала, как помочь недоношенным. Свое детище она назвала Pacifier Activated Lullaby (PAL). Оно представляет собой электронное устройство в виде соски, в которую вмонтирован динамик. Когда младенец совершает сосательные движения, из динамика в качестве подкрепления раздается приятная, нежная мелодия колыбельной песенки. Музыка нравится ребенку и, чтобы она не пропала, младенец старается продолжать делать сосательные движения. Длительные клинические испытания показали, что с PAL недоношенные дети овладевают искусством сосания в 2,5 раза быстрее, чем без этого устройства. Благодаря PAL длительность пребывания недоношенных в больничных условиях в среднем сокращается на пять дней. Медперсонал клиник, в которых испытывалось устройство, говорит о его удивительной эффективности. «Музыкальная соска» особенно актуальна в ситуации роста числа преждевременных родов во всех странах мира (в США этот показатель вырос на 36% за последние 30 лет). Устройство уже получило американский патент и одобрение со стороны Управления по продуктам и лекарствам США (FDA). Компания Powers Device Technologies Inc., занимающаяся выводом нового медицинского продукта на рынок, начала продажи PAL в больницы по всему миру.

Источник: ScienceDaily

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

### ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 25.04.2012

**Председатель:** академик РАН и РАМН А.И. Воробьев

**Секретарь:** Е.Е. Башлакова

**Повестка дня:** К.м.н. Я.С. Пустовойт  
(ФБГУ ГНЦ МЗиСР РФ)

#### Клинические маски порфирий

*Академик Воробьев А.И.:* Добрый день! Ну, у нас сегодня разговор о редкой патологии. Мы, конечно, виноваты, что занимаемся редкими болезнями, но где мы нужны? Что, воспаление легких лечить, язву 12-перстной кишки лечить? Это поликлиника справится. А вот редкие, это там, где мы совершенно необходимы. Порфирия — страшная болезнь. И в то же время излечима. Иногда не веришь тому, что видишь. Ранее абсолютные смертельные болезни стали излечимы. Не просто излечимы, но излечимы без последствий.

*Я.С. Пустовойт:*

Порфирии — группа заболеваний тесно ассоциированных с циклом биосинтеза гема, развитие которых сопровождается избыточным накоплением продуктов порфиринового обмена, имеющая особенности при каждой конкретной форме и характеризующаяся полиморфной клинической симптоматикой. В переводе с греческого «порфия» — пурпурная, ассоциируется с выделением мочи красного цвета при острых формах порфирий. Классическая схема синтеза гема представляет собой 8 этапов последовательных реакций. Каждый этап катализируется специфическим ферментом, функция которого детерминирована отдельным геном. Гены расположены на разных хромосомах и имеют групповую сцепленность. Возникновение мутаций в одном из генов приводит к нарушению синтеза белка, изменению трехмерной структуры, в результате чего происходит нарушение его каталитических свойств. При снижении каталитической активности фермента на 50% наблюдается нарушение порфиринового обмена. Наличие мутаций является обязательным, но недостаточным фактором для того, чтобы болезнь реализовалась в клиническую стадию заболевания.

Первый этап синтеза гема представляет собой превращение глицин + сукцинилкоэнзима А в δ-аминолевулиновую кислоту под действием фермента синтетазы — δ-аминолевулиновой кислоты, образовавшаяся кислота переходит в порфибилиноген. Процесс контролируется дегидратазой δ-аминолевулиновой кислоты. Порфирия, ассоциированная с дефицитом этого фермента, так и называется — порфирия, обусловленная дефицитом дегидратазы δ-аминолевулиновой кислоты. Данная форма заболевания встречается достаточно редко. Описано не более 20 случаев. Имеет острое начало и грубую неврологическую симптоматику без кожных проявлений.

Третий этап — переход порфибилиногена в гидроксиметилбилан — происходит в присутствии фермента порфибилиногендезаминазы. Дефицит активности этого фермента приводит к развитию острой перемежающейся порфирии. Это наиболее тяжелая и часто встречающаяся в клинической практике форма порфирии.

Следующий этап — превращение гидроксиметилбилана в уропорфириноген I и III. С нарушениями на данном этапе связано развитие болезни Гюнтера. Уропорфириноген превращается в копропорфириноген, а тот в свою очередь в протопорфириноген и далее в протопорфирин. С ферментативной недостаточностью на данных этапах связано развитие острой поздней порфирии, а также наследственной порфирии (острая порфирия с возможностью развития поздней кожной симптоматики).

Последний этап — превращение протопорфирина в гем под действием феррохелатазы. В связи с дефицитом этого фермента развивается эритропоэтическая протопорфирия. При избытке гема синтез порфирина замедляется, а процессы утилизации гема усиливаются по принципу отрицательной обратной связи.

В зависимости от места локализации нарушений синтеза порфирина выделяют печеночные и эритропоэтические порфирии. Соответственно при этом происходит поражение печени или костного мозга. К печеночным порфириям относятся: порфирия, обусловленная дефицитом фермента дегидратаза-δ-аминолевулиновой кислоты, острая перемежающаяся порфирия, наследственная копропорфирия, вариегатная и поздняя кожная порфирия. Кроме поздней кожной порфирии, все остальные печеночные порфирии называются острыми, имеют быстро прогрессирующее течение и тяжелые неврологические проявления.

Группа эритропоэтических порфирий представлена 2 врожденными формами — эритропоэтической порфирией Гюнтера и протопорфирией. Отличительной их особенностью является то, что они дебютируют, как правило, в детском возрасте и имеют клинику фотосенсибилизации, фотодерматозов и нарушения гемопоеза.

Кроме того, порфирии делятся на острые формы и порфирии с кожными проявлениями.

Частота встречаемости порфирий не так мала. Так, поздняя кожная порфирия относится к наиболее часто встречающимся формам и наблюдается с частотой 5—20 случаев на 100 000 населения. Острая перемежающаяся порфирия — одна из наиболее тяжелых порфирий — от 5—10 случаев на 100 000; наследственная копропорфирия — 3—5 на 100 000, вариегатная порфирия — 2—3 на 100 000 населения. Это так

называемые «реализованные» случаи генетического дефекта с клиническими проявлениями заболевания.

Асимптомное носительство генетических дефектов встречается значительно чаще. При такой форме, как острая перемежающаяся порфирия эта цифра составляет один случай на 2—3 тыс. населения. Пенетрантность гена при острой перемежающейся порфирии при этом около 10—15%, при поздней кожной порфирии примерно столько же, а при наследственной копропорфирии и вариегатной еще меньше. Для того чтобы латентное носительство гена было реализовано в клиническую стадию заболевания, необходимо наличие не только мутации генов, но и воздействие экзогенных или эндогенных индуцирующих факторов, называемых порфириногенами: длительная гипогликемия, бактериальная и вирусная инфекция, алкоголизация, прием лекарственных препаратов, обладающих повышенной порфириногенной активностью, особенно тех, действие которых опосредовано через систему активации цитохрома P 450, изменение уровня половых гормонов у женщин в рамках менструального цикла и беременности, воздействие ультрафиолетовой части солнечного спектра, переутомление, стресс. Особая роль отводится половым гормонам, поскольку даже у здоровых женщин в течение менструального цикла меняются уровень и активность дегидратазы δ-аминолевулиновой кислоты, в связи с чем значительно колеблется уровень синтеза гема и порфиринов, достигая максимального уровня во вторую фазу менструального цикла.

**Острые порфирии** — это быстро прогрессирующие заболевания. Заболевание характеризуется острым началом, быстрым прогрессирующим течением и большим разнообразием клинических проявлений: изменение цвета мочи, мышечная слабость как проявление парезов, кожные симптомы (фотодерматозы), артериальная гипертензия, тахикардия, дисфункция желудочно-кишечного тракта, психические нарушения, неадекватное поведение, боли в животе, анемия. Если доктор не встречался с данным заболеванием, то при наличии 2—3 «неродственных», не связанных друг с другом симптомов поставить диагноз порфирии оказывается затруднительным. Часто выставляется ошибочный диагноз по ведущему симптому, и такой пациент поступает в непрофильный стационар, где ему в лучшем случае не оказывается специализированная помощь, а в худшем — назначается огромное количество лекарственных препаратов, большинство из которых оказывается порфириногенами, что способствует дальнейшему прогрессированию заболевания. Кроме того, хирургическая травматизация тканей, воздействие средств наркотоза, которые в большинстве случаев опасны, вызывают фульминантное течение заболевания и смерть еще на этапе диагностики.

Если пациенту устанавливается правильный диагноз и он поступает в специализированный стационар, ему оказывается помощь. Это занимает в среднем от 30 до 120 дней. За это время развиваются осложнения заболевания, такие как белково-энергетическая недостаточность, потеря массы тела вплоть до кахексии, поражение черепно-мозговых нервов (VII, IX, X, XI пары), тетраплегия, остановка дыхательной деятельности, паралич скелетной мускулатуры и диафрагмы, большое число инфекционных осложнений (поражение трахеобронхиального дерева, синуситы, инфекции мягких тканей, пролежни, инфекции мочеполовых путей), развитие синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона. Как правило «скорая помощь» доставляет таких больных в хирургические отделения, поскольку в клинике в 90% случаев наблюдается абдоминальный синдром, в 22% — в гематологию, в 12% — в неврологию и гинекологию, в 6% — в урологию, 4% — в психосоматические отделения. Учитывая, что хирургическая настороженность высокая, а абдоминальный синдром при порфирии не имеет специфических признаков, большинству больных выполняют диагностическую лапароскопию, что приводит к фульминантному течению заболевания.

Острые порфирии всегда имеют «спровоцированный» характер, острое начало, тяжелое течение и без лечения самопроизвольного разрешения заболевания не происходит. Тяжесть состояния пациента определяется наличием доминирующего синдрома, в первую очередь поражением различных отделов нервной системы. На поздних этапах тяжесть состояния определяют осложнения острой порфирии и сопутствующие инфекции.

Классическое течение острой порфирии характеризуется стадийностью и ступенчатостью развития симптомов. После 1—2 недель острого периода наступает затяжное течение заболевания. Первыми продромальными симптомами являются тахикардия, эмоциональная лабильность, запор. Больной жалоб не предъявляет. Через 7—10 дней появляются боли в животе, диспепсические расстройства. На 3-й неделе присоединяются признаки полинейропатии, артериальная гипертензия, появляется моча красного цвета. Поздний период характеризуется более тяжелыми нарушениями, такими как энцефалопатия, бульбарные нарушения, синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона, паралич дыхательной мускулатуры. Такое течение отмечается в 80% случаев. Атипичное течение характеризуется произвольной манифестацией и сочетанием симптомов независимо от давности заболевания. Также выделяют моносимптомное течение порфирий, когда заболевание проявляется только 1 симптомом.

Клинические симптомы при острой порфирии делят на ранние и поздние. На ранних этапах (первые 3—4 недели) заболевание проявляется эмоциональной лабильностью,

Продолжение на стр. 5

Начало на стр. 4 ↗

тахикардией, абдоминальным синдромом, запором, тошнотой, рвотой, артериальной гипертензией, сенсорной полинейропатией (всегда тетрапарезы и никогда не встречается моно- и парапарезов), выделением темной или красной мочи, немотивированным субфебрилитетом 37,0—37,5°C без признаков инфекции. Для «продвинутого» (позднего) этапа (30—50 дней) характерно нарушение функции тазовых органов, эпилептиформные припадки и судороги, галлюцинации, бред, гипонатриемия, кома, парез VII пары черепно-мозговых нервов, бульбарный синдром, парез диафрагмы, межрёберных мышц с развитием острой дыхательной недостаточности, поражение вегетативной нервной системы, что проявляется болями в животе, тошнотой, рвотой, запором. Позже присоединяются артериальная гипертензия, тахикардия, вызванная повышенной секрецией катехоламинов во время приступов, и сенсорная полинейропатия. Отличительной особенностью является то, что парезы всегда симметричны, по типу тетрапарезов, начинаются с проксимальных отделов конечностей, затем распространяются на дистальные, сопровождаются интенсивными болями в мышцах, что требует применения наркотических средств. Поражение центральной нервной системы проявляется энцефалопатией, эпилептиформными припадками, поведенческими нарушениями, галлюцинациями, психозами. Причиной развития неврологических расстройств являются вазоконстрикция и отек головного мозга на фоне электролитных нарушений, гипонатриемии.

Абдоминальный синдром встречается в дебюте острых порфирий в 90% случаев и обусловлен вазоконстрикцией мезентериальных сосудов. Боли без четкой локализации, высокоинтенсивные, нередко мигрирующие. Наблюдаются парез кишечника, увеличение размеров живота. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют или сомнительны. Боли в животе сопровождаются диспепсией. В клиническом анализе крови отсутствует лейкоцитоз, ускорение РОЭ. Абдоминальный синдром регрессирует через 3—4 недели, даже при отсутствии лечения.

Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона специфичен для порфирии и обусловлен поражением центральной нервной системы, кровоизлиянием в головной мозг, инфекциями головного мозга, опухолевыми заболеваниями легких (немелкоклеточный рак легких, лимфогранулематоз, туберкулез, саркоидоз), использованием таких лекарственных средств, как циклофосфан и другие. Натрийуретический гормон синтезируется в паравентрикулярных и супраоптических ядрах гипоталамуса в виде предшественника гормона. Затем происходит его кумулирование в гипофизе, откуда он поступает в кровь путем экзоцитоза. Распадаясь в кровотоке, превращается в активный натрийуретический гормон. В физиологических условиях гормон начинает выделяться при повышении осмолярности сыворотки >295 мосм/кг; осмолярности мочи >300 мосм/кг. Натрийуретический гормон через аденилатциклазу опосредованно действует на дистальные отделы почечных канальцев, что способствует дополнительной реабсорбции воды из собирательных канальцев. Это приводит к повышению воды в тканях, и уровень натрия снижается. Клиническими проявлениями синдрома являются вялость, отечность, увеличение массы тела. При снижении сывороточного натрия ниже 120 ммоль/л наблюдаются симптомы поражения центральной нервной системы — дезориентация, судороги, кома.

Алгоритм обследования больных с острой порфирией:

1) Определение наличия клинических симптомов — эмоциональная лабильность, тахикардия, гипонатриемия, абдоминальный синдром, темная моча при отсутствии эритроцитургии, обстипация, парезы. При наличии 3—4 симптомов диагноз порфирии считается более вероятным.

2) Лабораторное обследование:

I. Определение порфиринов в моче

А) качественный скрининговый тест с реактивом Эрлиха по методу Watson-Schwartz (1 мл реактива смешивается с 1 мл мочи больного). Через 5 минут после покачивающих движений пробирки оценивают цвет мочи. Если произошло окрашивание мочи в красный цвет, тест считается положительным).

В) количественное определение уровня общих порфиринов, PBG, g-ALA в моче. При острой порфирии данные показатели превышают норму в 2—3 раза.

II. Определение общих порфиринов в кале.

III. Определение активности патогномичного фермента в эритроцитах.

IV. ДНК-анализ лимфоцитов (определение наличия мутаций в генах).

Основными подходами к лечению являются:

1. Тщательный сбор анамнеза и установление причины, вызвавшей развитие заболевания.

2. Овариосупрессивная терапия проводится всем пациенткам независимо от причины, вызвавшей приступ.

3. Патогенетическая терапия — подавление синтеза порфиринов (углеводная нагрузка, аргинат гема). С этой целью вводят концентрированный раствор глюкозы и декстранов. Суточное количество глюкозы в перерасчете на сухое вещество должно составлять не менее 400—600 г. Аргинат гема является синтетическим продуктом гема. При введении этого препарата по принципу обратной связи блокируется выработка собственных порфиринов. Действие его быстрое, эффективное, но не продолжительное. Аргинат гема является препаратом выбора.

4. Элиминация порфиринов из крови (плазмаферез, гемодиализация).

5. Искусственное питание (парентеральное, энтеральное) является крайне важным мероприятием, поскольку пациенты теряют до 40% массы тела. Больной должен полу-

чать 3,5—4 тыс. ккал в сутки, особенно при наличии инфекционных осложнений.

6. Посиндромная и нейропротекторная терапия — проводится с учетом списка препаратов, разрешенных к использованию при порфирии.

7. Мониторинг инфекций с целью активного поиска и лечения инфекций. Посевы бронхиального лаважа, из центрального венозного катетера, мочи берутся еженедельно с подбором разрешенных антибиотиков.

8. Профилактика тромбозов гепарином.

9. Проведение санационных бронхоскопий, ингаляций муколитиков для улучшения эвакуации мокроты.

10. Реабилитационные мероприятия — ЛФК, массаж с первых дней.

Наиболее распространенными ошибками при ведении больных с порфириями являются то, что на всех этапах лечения не исключается воздействие порфириногенного фактора. Кроме того, хирурги часто делают необоснованные лапаротомии (лапароскопии). В 40—45% случаев больные подвергаются хирургическим вмешательствам. Неврологи повсеместно назначают глюкокортикоиды с подозрением на демиелинизирующие заболевания, что является небезопасным для данной категории больных. Кроме того, гормоны потенцируют развитие кандидоза. Как правило, не диагностируются бульбарные нарушения, что приводит к развитию тяжелых аспирационных пневмоний. Гематологи при подозрении на фуникулярный миелоз при В<sub>12</sub>-анемии проводят с диагностической целью стерильные пункции и трепанобиопсии с порфириногенными анестетиками (лидокаин), что утяжеляет состояние больных. Не уделяется должного внимания электролитным показателям, из-за чего развивается гипонатриемия.

За период с 1996 по 2011 гг. в ГНЦ РАМН обследовано 985 больных с направительным диагнозом «острая порфирия». Диагноз подтвердился у 192 пациентов. Из них — 175 человек состоят на учете. У 23 пациентов имеются сложные формы порфирий. При распределении по нозологическим формам, острая перемежающаяся порфирия была у 134 человек, наследственная копропорфирия — 11 человек, вариегатная — 4, поздняя кожная порфирия — 20 человек, врожденная эритропоэтическая — 2 человека, эритропоэтическая протопорфирия — 1 человек. Наиболее распространенными симптомами были: абдоминальный синдром — в 88,80% случаев, полинейропатия — 94,02%, тахикардия — 91,79%, артериальная гипертензия — 73,13%, тошнота — 84,72%, рвота — 78,32%, обстипация — 71,64%, диарея — 9,7%, красная моча — 89,55%, лихорадка — 30,59%, бульбарный синдром — 49,6%, нарушение функций тазовых органов — 42,53%. Диагностическая лапаротомия (-скопия) проведена 42,53% пациентам. Тяжелое течение заболевания отмечалось в 80% случаев, основными проявлениями являлись бульбарные нарушения, паралич дыхательной мускулатуры, нарушение функций тазовых органов, поражение черепно-мозговых нервов. Несмотря на проводимое лечение, остаточные явления в виде полинейропатии, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности отмечены у 30% больных, что является следствием поздней диагностики. У 28 женщин за период наблюдения отмечались от 2 до 15 приступов острой порфирии, ассоциированной с менструациями. Повторные приступы становятся основной причиной инвалидизации больных, что делает очевидной важнейшую роль адекватной овариосупрессивной терапии.

**Поздняя кожная порфирия** — гетерогенная форма заболеваний, объединенных в одну группу. Выделяют 2 формы: спорадическую и наследственную.

Спорадическая форма, как правило, является вторичным заболеванием по отношению к другому патологическому процессу. По сравнению с наследственными формами при данном заболевании отмечается более высокая частота сопутствующих заболеваний печени (гепатиты, циррозы и другие). Отличается изолированным снижением активности печеночной изоформы URO-D. Дебют заболевания наблюдается у лиц старше 30 лет. Среди заболевших преобладают мужчины. Хорошо поддается лечению.

Наследственная форма встречается редко и составляет не более 20% от всех случаев поздних кожных порфирий. Характеризуется повышенной активностью URO-D в эритроцитах (25—70% от нормы). Экскреция уро- и копропорфиринов с мочой более высокая, чем при спорадической форме. Заболевают в более раннем возрасте — от 18 лет. Характеризуется толерантностью к проводимому лечению.

Под воздействием солнечных лучей вырабатываются порфирины, которые накапливаются в нервных окончаниях. Под действием ультрафиолета образуется большое количество свободных радикалов, разрушающих мембраны клеток, в том числе и тучных. Это приводит к высвобождению активных веществ, стимулирующих фибробласты к активной выработке коллагена. Появляется ожоговая эритема, постепенно переходящая в форму субэпидермальных пузырей с серозным содержимым. При исследовании жидкости пузыря определяется большое количество порфириногенов. Пузыри лопаются, и на их месте образуются длительно не заживающие эрозии с последующим формированием рубцов. При длительном течении заболевания и отсутствии лечения формируются склеродермоидные изменения кожи, участки алопеции. Страдают только те области кожных покровов, которые подвержены контакту с солнечными лучами — тыльная поверхность кисти, шея, лицо, предплечья. Лечение поздней кожной порфирии проводится по такому же принципу, что и острой порфирии — необходимо исключить провоцирующие факторы (алкоголь, лекарства, эстрогены, контакт с ядохимикатами).

Основным методом терапии является защита кожи от действия солнечного света, фотопротекция (ношение

## Интервью

**«Босой бег» калечит десятки людей каждый год**

На фоне того, что в последнее время все большую популярность приобретает бег босиком, американские медики решили выступить с официальным предупреждением. По их словам, данная мода спровоцировала увеличение количества лиц с травмами ног и стоп. В число поврежденных входят растяжения икроножных мышц, тендинит ахиллового сухожилия и даже стрессовые переломы. Особо опасен «босой бег» для лиц с нарушенной чувствительностью стоп, как у диабетиков. Они могут просто не заметить травму. Для сравнения: у обутой бегунов обычно шаг больше и происходит приземление на пятку. Если бегать босиком, шаг уменьшится, а приземление приходится на среднюю часть стопы или ее передний отдел. Более того, во втором случае рассчитывать на амортизацию не приходится. От 30 до 70% бегунов ежегодно страдают от повторяющихся стрессовых травм, и эксперты не могут договориться о том, как их предотвратить. Врачи советуют желающим соединиться с природой начать с хождения босиком. Бегать же стоит сначала на короткие дистанции, постепенно увеличивая продолжительность. При возникновении дискомфорта необходимо отказаться от бега.

Источник: The Daily Mail

**Сколько получают руководители фармкомпаний?**

Согласно рейтингу Wall Street Journal и данным консалтинговой компании Nau Group на 300 ведущих американских фирм, за 2011 год наибольшее финансовое вознаграждение, вопреки ожиданиям, не получили директора фармацевтических компаний. В данной отрасли за прошлый год больше всех заработал бывший исполнительный директор Johnson & Johnson Уильям Уэлдон. Он занимает 37-е место в составленном рейтинге. Сумма его вознаграждения составила 18,37 миллиона долларов. Далее идет руководитель Amgen Кевин Шэрр с 18 миллионами долларов. Правда, профессиональное издание FiercePharma заявляет, что у упомянутых руководителей доход составил больше 20 миллионов долларов. В целом в TOP-60 попали директора еще трех фармацевтических компаний — Йан Рид из Pfizer с 17,8 миллиона долларов (44-е место), Майлз Уайт (Abbott Laboratories, 15,74 миллиона и 58-е место), Джон Мартин (Gilead Sciences, на 60-м месте с 15,61 миллиона). А вот исполнительный директор Bristol-Myers Squibb Ламберто Андреотти занял 93-место (13 миллионов). Кстати, первые позиции в рейтинге оккупировали руководители компаний, работающих с высокими технологиями, в индустрии развлечения и розничной торговли. Первое место занял исполнительный директор Apple Тим Кук, заработавший в 2011 году 377,98 миллиона долларов.

Источник:

«Фармацевтический вестник»

**БАДы для похудения и наращивания мускулатуры убивают печень**

Добавки, которые принимают бодибилдеры и желающие похудеть, угрожают здоровью печени. Как оказалось, в США 18% случаев повреждений печени, зафиксированных в 2003—2011 годах, связаны с БАДами. По словам профессора Виктора Наварро из Университета Томаса Джефферсона, из 93 исследованных случаев повреждений печени добавки для наращивания мускулатуры и сброса веса стояли за 34 и 26% эпизодов осложнений соответственно. В частности, БАДы для спортсменов вызывали развитие желтухи, но это исключительно у мужчин. Желтуха могла продолжаться в течение месяца и более. Более 29% мужчин, принимавших подобные средства, за время проведения исследования попали в больницу. А вот БАДы, снижающие вес, оказались еще более опасными, так как приводили к воспалению печени, грозящему некоторым смертельным исходом. Единственный выход — пересадка органа. В изыскании 12% из 17 человек, принимавших средства для снижения веса, попали в лист ожидания на трансплантацию печени. В «черный список» добавок были занесены и таблетки, повышающие иммунитет, лекарства от кашля и простуды, депрессии и тревожности. Им соответствовали показатели в 10—14% осложнений.

Источник: WebMD

Продолжение на стр. 6 ↗

## ИнтерНьюс

### США одобряют новые лекарства быстрее остальных стран

Чтобы лекарство дошло до пациентов, требуются годы исследований и согласований с экспертными комиссиями. Несмотря на это, в Штатах за последнее время «добро» на применение новых препаратов получили больше наименований, чем в Европе и Канаде. Йельский Университет и Клиника Майо провели специальное исследование и установили: за последние десять лет Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США одобрило больше новых лекарственных препаратов за более короткое время, чем похожие ведомства в Европе и Канаде. Это первое исследование в таком роде. Известно, что в среднем рассмотрение заявки на утверждение лекарства в Управлении составляет 322 дня. Согласно статистике, это на 45—70 дней меньше, чем в других странах (в Европе на это уходит 12 месяцев, а в Канаде — 13). Получается, за десять лет Управление рассмотрело 225 заявок (на 40 заявок больше, чем в Европе и, примерно, на 125 больше, чем в Канаде). Многие лекарства (более половины) сначала получают одобрение в Штатах и лишь потом выходят на европейский рынок, — подчеркивают эксперты.

**Источник:**

«Фармацевтический вестник»

### Врачи разрешили беременным женщинам сидеть на диете

Отчет, включивший анализ 44 исследований и данных более 7000 женщин, утверждает: правильный рацион без перекармливания с ограничением калорий не дает набрать лишнего веса во время беременности и снижает риск осложнений. Между тем, согласно официальным рекомендациям, беременным не стоит сидеть на диете, ведь это может повредить ребенку. При этом от 20 до 40% жительниц США и Европы во время вынашивания ребенка набирают больше веса, чем следует. Большой вес связан с преэклампсией, диабетом, гипертонией и преждевременными родами. Национальный британский институт исследований в области здравоохранения сравнил рацион, уровень физической активности с состоянием женщин. В качестве диеты подразумевалось сокращение потребления калорий, сбалансированный рацион. Ученых интересовало, сколько килограммов набирали женщины. Диета, оказалось, лучше всего влияла на вес беременных (среднее снижение веса составило 4 килограмма). Тренировки позволяли набрать всего лишь 0,7 килограмма; комбинация первого и второго давала возможность снизить вес на 1 килограмм. При этом благодаря диете уменьшалось число осложнений, а вес детей не менялся.

**Источник:** *The British Medical Journal*

### Выявлена зависимость распространения мочекаменной болезни от эпидемии ожирения

Американские ученые установили, что в связи с эпидемией ожирения в два раза увеличилось количество пациентов, страдающих от почечнокаменной болезни. Результаты совместной работы ученых под руководством Чарльза Скэйсла из Калифорнийского университета и Кристофера Сайгала из фонда научных исследований RAND были представлены на ежегодной Американской конференции по урологии в Атланте. Для своего исследования ученые использовали данные опроса, проведенного в рамках программы по изучению состояния здоровья граждан Центрами контроля и профилактики заболеваний США (CDC). Скэйсл и его коллеги проанализировали данные 110 опрошенных и установили, что с 2007 по 2010 год 8,8% жителей Америки страдали от нефролитиаза. В 1994 году пациентов с таким диагнозом было в два раза меньше. В ходе изучения данных ученые установили, что ожирение, диабет и подагра значительно увеличивают риск образования камней в почках. В настоящее время лечение пациентов с нефролитиазом нацелено на удаление камней. По мнению авторов работы, теперь внимание медиков должно быть направлено и на предотвращение возникновения этого заболевания. Врачи должны советовать пациентам поддерживать нормальный вес и придерживаться здорового образа жизни. «Представьте, что мы лечим пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями только тогда, когда у них происходит сердечный приступ или они ощущают боль в области груди. При этом мы не помогаем им снизить влияние таких факторов риска, как курение, повышенный уровень холестерина или гипертензия. Это было бы равнозначно тому, как сейчас лечат больных с нефролитиазом», — отметил Скэйсл.

**Источник:** *EurekAlert!*

Начало на стр. 4, 5

закрытой одежды, шляп, солнцезащитных очков, перчаток, использование солнцезащитного крема, профилактика случайной травматизации) является важным патогенетическим методом лечения. Активное лечение сопутствующих заболеваний приводит к ремиссии порфирии, даже в отсутствие специфической терапии.

Врожденная эритропоэтическая порфирия (болезнь Гюнтера) наследуется аутосомно-рецессивно, обусловлена дефицитом активности уропорфириноген-III-синтетазы — 4-го фермента в цепи биосинтеза гема. Дебютирует в грудном возрасте через несколько дней после рождения. Характеризуется накоплением порфиринов в хрящевой ткани, что значительно замедляет рост костей. В результате происходит недоразвитие и деформация костного скелета (недоразвитие лицевого отдела черепа — готическое небо, узкий разрез глаз, башенный череп, острые зубы, хрящ носа практически не развит, саблевидные голени). Характерно наличие тяжелой фотосенсибилизации с повреждениями кожи на участках, открытых солнечному облучению, гипертрихоза лица и конечностей. В последующем наблюдается спленомегалия, являющаяся следствием гемолиза из-за неэффективного эритропоэза.

Лечение: применение препаратов, способствующих абсорбции порфиринов в кишечнике (активированный уголь 60 г по 3 раза в сутки); трансфузии эритроцитарной массы, при их неэффективности — спленэктомия. В раннем детском возрасте используют небольшие дозы цитостатиков (гидроксимочевина). В тяжелых случаях — трансплантация костного мозга.

Эритропоэтическая протопорфирия — заболевание описано в 1961 г. Магнусом. Обусловлено дефицитом фермента феррохелатазы. Наследуется аутосомно-доминантно. Встречается достаточно редко, чаще в старшем детском возрасте. Сопровождается избыточным накоплением протопорфирина в эритроцитах, поскольку протопорфирин является жирорастворимым соединением и не выводится с мочой. Проявляется покраснением, отеком, петехиальными высыпаниями на коже тыльной поверхности рук. Происходит утолщение кожи над суставами и спинкой носа. Развитие пузырей нехарактерно.

Лечение включает в себя фотопротекцию, назначение производных β-каротина, антигистаминных препаратов, в тяжелых случаях — трансплантацию печени.

**Академик Мухин Н.А.:** Какие лекарственные препараты наиболее опасны?

**Ответ:** Провоцируют приступ нестероидные противовоспалительные препараты, за исключением парацетамола, индаметацина, аспирина. Кроме того, запрещены антибиотики (цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны, за исключением ципрофлоксацина), сульфаниламиды, небольшая группа транквилизаторов. Можно — пенициллины.

**Академик Мухин Н.А.:** Вы говорили, что ухудшает течение порфирий гепатит С?

**Ответ:** Все вирусные гепатиты приводят к выраженным нарушениям функции печени, особенно, если их не лечить.

**Академик Мухин Н.А.:** Противовирусные препараты или сам гепатит провоцирует приступы порфирии?

**Ответ:** Сам гепатит приводит к структурным и функциональным нарушениям в печени, что влечет за собой нарушение и порфиринового обмена.

**Академик Мухин Н.А.:** Такой важный признак, как выделение красной мочи, часто ли он встречается?

**Ответ:** Изменение окраски мочи происходит всегда. Она может выделиться желтой, но спустя какое-то время она становится красной или черной. Но степень тяжести заболевания не зависит от интенсивности окрашивания.

**Академик Воробьев А.И.:** Ярослав, сколько покойников в вашем материале?

**Ответ:** Шесть.

**Академик Воробьев А.И.:** Шесть... на сколько больных?

**Ответ:** Практически из 200.

**Академик Воробьев А.И.:** Это смертность порядка 3%.

**Вопрос:** У Вас прекрасный сайт, а пытались ли Вы сделать выжимку и формулировку обращения внимания на эту патологию для других сайтов? Например, для сайта фармакологического справочника.

**Ответ:** Сейчас проходит регистрация зарубежного гемина, поэтому в предвкушении появления его на рынке количество информации о порфириях значительно увеличится. Я недавно зашел на сайт и удивился от такого большого количества информации о Нормосанге (препарат для лечения острой порфирии из группы геминов). Сейчас о порфирии пишут все.

**Академик Воробьев А.И.:** Еще вопросы? Я Вам скажу, что могу выступать как соглядатай. Мне пришлось лежать в реанимации и рядом, через стекло от меня, лежала больная с тетраплегией, с трахеостомической трубкой, полностью обезввленная. Надо было видеть ее потирающую улыбку, когда она впервые начала дышать сама. Дело в том, что как бы мы не говорили про диагностику, но если Вы заподозрили порфирию — гоните к Ярославу Сергеевичу больных! Не занимайтесь Вы ерундой! Какая-то там диагностика в лимфоцитах! Ну что, Вы в ДНК лимфоцитов будете разбираться? Никогда Вы не сможете этого сделать! Я не уверен, что плазмаферез используется где-то еще, вот так, походя. Это тяжелейшие, реанимационные больные с неврологическими осложнениями. Как-то здесь выступал В.Б. Симоненко, и он рассказывал о гормонально активных опухолях. И я говорил: «Друзья, если у Вас появилось подозрение — не злите себе голову. Это редкая патология. Отправляйте к Симоненко. Он возьмет». Конечно, нужно, у больного непонятные боли в животе, если обострения связаны с менструальным циклом, если появилась хоть какая-то парали-

тическая симптоматика, Вы обязаны заподозрить порфирию. Но диагноз ставить не просто. А главное — нельзя тянуть и нельзя оперировать. Ведь ужас именно в том, что их режут, оперируют.

**Докладчик:** Оперировать можно, но с учетом наличия порфирии, необходимо подбирать анестетики, т.е. запрещать оперировать не стоит. Речь о том, что если у больного заподозрили наличие порфирии, то заведомо необходимо подбирать анестезиологическое пособие из разрешенных при порфирии препаратов. Не давать хирургу по рукам, а повысить его тревожность.

**Академик Воробьев А.И.:** Какие?

**Ответ:** Диприван, фентанил, закись азота, промедол. Этого достаточно, чтобы провести наркоз.

**Академик Воробьев А.И.:** Так, хорошо. Кто хотел бы еще выступить?

**Академик Мухин Н.А.:** Глубокоуважаемый Андрей Иванович! Глубокоуважаемые коллеги! Действительно, в последнее время нас мало собирается на такие заседания. Но заседания, тем не менее, очень полезные, насыщенные. Сегодня, так скажем, орфанные болезни, как-будто бы. Если взять популяцию, то это 1 на 10 000 населения. Это все-таки много. Что мы называем редкими и что нередкими заболеваниями? Как только врачи начинают заниматься редкой болезнью, то она сразу перестает быть редкой. И все, кто ходит на заседания, читает литературу, направляют своих «непонятных» больных и получается, что возникают эти Центры. И надо эти Центры иметь. И хорошо, что Вы занимаетесь этим. Я вспоминаю больную очень много лет тому назад, когда мы работали в 24-й больнице — наша кафедра и клиника были там, открылось отделение лекарственной патологии. И вот теперь мне понятно. Одна пациентка — молодая женщина, которая приехала, по существу своему, с синдромом Лайела — кожи практически не было. Но вот что интересно. При взятии анализа мочи, она была красного цвета. Решили, что это макрогематурия, естественно. Но через несколько дней она стала черной. Больная погибла. Наверное, это была порфирия. Вы говорили, что у женщин, чаще лежат в основе гормональные проблемы. В общем-то, редкие болезни очень быстро становятся известными, если идет популяризация. Об этом нужно говорить, об этом нужно рассказывать, потом будет результат положительный. Мне хочется поздравить Вас с успехами в таком крупном направлении клинической практики. И все-таки мы надеемся, что Вы создадите этот Центр. По существу, он у Вас уже есть. Нужно публиковать свои материалы чаще, хотя, к сожалению, сейчас мало кто читает журналы, особенно отечественные. Ни наш любимый «Терапевт», ни «Клиническую медицину». Никто не выписывает, все в Интернете. Поэтому, когда происходит апробация кандидатской диссертации в обзоре литературы 200 работ, отечественных — 16! Может так быть? Не может так быть. Все-таки наша медицина сегодня очень продвинутая. Поэтому просьба — популяризируйте свои данные, в том числе и через Интернет. Спасибо большое.

**Академик Воробьев А.И.:** Спасибо, Николай Алексеевич. Вы знаете, друзья, ставить на обсуждение редкие патологии абсолютно необходимо. Тем более, что в стране, конечно, происходят довольно поганые изменения. Недавно я слушал доклад сотрудника института ревматизма, который столкнулся с саркомой носа. И он поставил диагноз, хотел перевести в институт рентгенодиагностики. Отказали. Сказали: «Большой слишком тяжел». Ну, меня просто взорвало. Я потерял самообладание. Морду бить за это надо! На кой черт нам нужны научно-исследовательские институты, которые отказываются от тяжелых больных. Правда, потом меня макнули и объяснили: «Ты спокойнее. Чем кумушек считать — трудиться, не худо было на себя, кума, обратиться», потому что оказалось и мой институт... рыло в пуху. Не рыльце, конечно, а рыло. Потому что это — скотство. Работать нужно. Кому мы нужны? Лечить рожистое воспаление ноги? Для чего? Для лечения анемии железодефицитной? Мы для этого никому не нужны. Мы нужны для лечения непонятных и крайне тяжелых больных. Недавно лежала больная. Сегодня ее перевели в институт ревматизма. Она лежала с непонятной гипертермией и крайним похуданием. Но в мою башку не мог прийти этот диагноз. Оказалось, нодозный периартериит с обструкцией чревного ствола. Там была ишемия кишечника и потеря всасывания. Ну, я в первый раз в жизни вижу такую патологию. Не знал я ее. И вот, как они поставили диагноз, я сейчас уже не помню. Но, чем я занимался. Я боролся с выпиской этой непонятной больной. Я говорю: «Ребята, ну как Вам не стыдно. Вы не знаете больных! Берите больных, которых Вы не знаете и не понимаете. Вы можете быть можете, может быть нет, но чему-то научитесь». Ну, другие времена, другие песни. Но Вы только не забывайте, что лет 200 назад было сказано: «Бывали хуже времена, но и я был подлее». Да, 200 лет. И вот, Ярослав Сергеевич, надо эту патологию не то что развешивать на заборе, но орать на всех перекрестках. Ведь их губят этими операциями, не понятными лапаротомиями. Их губят гормонами. Их губят, потому что нет реанимации. У Вас смертность в районе нуля потому, что у вас за спиной Галстян, реаниматологи первоклассные. А если их нет? А где они? Их не много в стране. Неважно, что там кое-какие вещи не известны. Единственная просьба. Сейчас модно вытирать ноги об русский язык. Он надоел, он противный. Говорят на каких-то сленгах отвратительных. Почитайте, вон в газете. Один дегенеративный журналист написал «Былое и думы» Герцена — комедия. Это к 200-летию его рождения. Комедия! В приличном обществе ему бы... Правда, я спросил внука: «Слушай, Митька, кто такой Мазепа?» Ему 12 лет. «Мазепа? Не знаю». «А Герцен?» «Не

Продолжение на стр. 7

Начало на стр. 4, 5, 6

знаю». Правильно. На кой черт они сдались. Вот Вы пишете, Вы говорите: «эмоциональная лабильность». Да нет такого выражения в русском языке! Что это такое? Вот у меня сейчас эмоциональная лабильность, потому что я не могу видеть, как медицина деградирует. Она свыше деградирует. В чем это выражается? Видите ли, у нас же есть вспыльчивость, несдержанность или вегетатика участвует в моих общении с людьми. Надо говорить проще. Все сокращения надо выбрасывать. Это вообще недопустимо. Слова должны быть полные и надо шире оповещать нашу медицину о тех свершениях, которые есть. Понимаете, ведь надо видеть этих

больных. Почему-то они мелькнули очень быстро. Это полутрупы лежат, крайняя степень кахексии. Вы их проехали так, между прочим, а слова всякие с процентами Вы на них вязли. Это никому не нужно. Это нужно для диссертаций, для статей. В докладе надо эти трупы показывать, которые полностью выздоровели. Понимаете, ведь остаточные явления, насколько я понял, у 30%. Это Ярослав их видит. А на самом деле ведь люди выздоравливают. Но могут задать вопрос: «Какого черта, Воробьев, Вы занимаетесь этой патологией, когда она не очень кровяная, прямо скажем?» Ну, кровяная потому, что это синтез гема, все остальное, в основном, неврология. Но неврологи сегодня тоже спокойно отталкиваются от тяжелой патологии.

Вообще прибежищ для тяжелых больных не так много по стране. Я не знаю, что творится в мире, но в стране немного. И когда сегодня ругают медицину, когда президент выступает и говорит, что мы там где-то на 120-м позорном месте. Слово «позорное» я цитирую! Не мое. Но я с этим, конечно, согласен. Как можно быть России на 120-м месте по любому показателю? И он говорит, что мы это все должны оставить позади и продвинуться резко вперед. Резко вперед только за счет тяжелой патологии. Нельзя продвинуться за счет катара верхних дыхательных путей, ангина, которых стало мало. Нет, вот на этих патологических состояниях медицина может резко продвигаться вперед. Большое спасибо. Всего доброго.

## Лия Давыдовна Гриншпун

Очень странно писать про Лию Давыдовну Гриншпун «была», ибо для меня она была всегда, с момента рождения в клинике на Юзе, где она работала вместе с моим отцом на кафедре И.А. Кассирского. И все годы, вот уже более полувека она была где-то близко, рядом.

Судьба Лии Давыдовны не была безоблачной, как судьбы большинства ее сверстников. Родилась и выросла она на КВЖД, в Маньчжурии. После возвращения в СССР она не сгнула, как многие, а сумела закончить в 1947 г. 1-й медицинский институт, поступить в ординатуру, выйти замуж за сына известного харьковского ученого Когана-Ясного и родить сына, из Харькова вернуться в Москву на кафедру к И.А. Кассирскому, написать диссертацию, проработать там до пенсии в должности ассистента. Блестящая клиника, блестящий клиницист.

Казалось бы пенсия — конец трудового стажа. Не для Лии Давыдовны. У меня впечатление, что только после выхода на пенсию она расправила крылья и приобрела второе дыхание. Вновь я столкнулся с ней уже в начале 90-х годов, когда и сам стал представлять из себя некую «фигуру». Лия Давыдовна работала тогда в 60-й больнице, бывшей больнице старых большевиков, а теперь больнице преимущественно гериатрического профиля. Вот здесь и произошел контакт: деятельность нашей кафедры связана именно с гериатрией и гематологией. Лия Давыдовна активно включилась в издание журнала «Клиническая геронтология», стала ежегодно организовывать интереснейшие симпозиумы по гематологии в рамках ежегодной конференции «Пожилой больной. Качество жизни».

Удивительным свойством Лии Давыдовны было умение привлекать к себе самых разных молодых и не очень специалистов. Вокруг нее всегда было полно врачей, которых она наставляла на «путь истинный», заставляла печатать статьи и писать диссертации. Мне трудно сказать — сколько ей обязаны своими научными работами, но эта деятельность велась ею постоянно и самозабвенно. Видя, что кто-то не очень способен написать самостоятельную работу, она начинала писать за него. При этом обычно в статье соавторство Лии Давыдовны не появлялось. Как не претендовала она никогда на формальное руководство чье-либо диссертацией.

К 100-летию своего любимого — в прямом смысле этого слова, я уверен, что Лия Давыдовна была влюблена в него всю свою жизнь — учителя Кассирского, Лия Давыдовна решила собрать книгу воспоминаний о нем. И опять — если кто-то не писал сам, Лия Давыдовна писала за автора, внося потом правку автора в текст. Так собралась совершенно уникальная по теплоте книжка воспоминаний об этом великом ученом и враче.

Книга должна была выйти к 16 апреля 1998 г. В середине марта еще доделывались последние штрихи. Приезжаю после обеда на работу — меня встречают взволнованные сотрудники: тогда не было у нас сотовых телефонов в обиходе. Кто-то недавно позвонил из автомата от метро «Каширская» на кафедру и сказал, что напротив Онкоцентра лежит Лия Давыдовна со сломанной ногой. Что делать? По пешеходному тротуару подбежал я к Лии Давыдовне, она лежала и командовала парадом, рядом с ней стоял милиционер. Он доложил мне, что мимо проезжала «скорая», он остановил машину, но та взять Лию Давыдовну отказалась. До больницы — буквально два шага. И я принял решение донести ее самому. Благо сиденья в Оке раскладываются практически в горизонталь и мне уже приходилось возить на ней больного в состоянии коллапса. Аккуратно с милиционером и моей сотрудницей загружаем Лию Давыдовну. Больно, но она терпит. Понимаю, что нарушаю правила — но что делать? Заезжаю на пандус реанимации, соображаю по дороге, что оперировать бедренный сустав в нашей скорой помощи больнице скорее всего не будут, и принимаю еще одно неверное

решение — везти ее в Гемцентр. «По знакомству» делаем ей инъекцию наркотика и благополучно добираемся до Гемцентра. Только там Лии Давыдовне стало реально плохо, и уже пришлось заниматься интенсивной терапией. Зато через несколько дней ей был установлен новенький сустав.



Л.Д. Гриншпун и П.А. Воробьев



З.С. Баркаган, Л.Д. Гриншпун, Н.И. Некрасова

Следующим подвигом Лии Давыдовны стало Руководство по гематологии. Два предыдущих издания в конце 70-х и начале 80-х готовились покойной Мариной Давыдовной Бриллиант. Я несколько раз подступал к сбору нового издания, еще в начале 90-х пытался что-то сделать. Но никто ничего не хотел писать, всем было «не до того». За дело взялась Лия Давыдовна. Уговорами, ежедневными напоминаниями, посулами она собрала тексты на 1-й том. Самой большой проблемой оказался текст по острым лейкозам: его писала Марина Давыдовна, и Андрей Иванович требовал сохранить тот старый текст, внося в него уточняющие современные дополнения. А Валерий Григорьевич Савченко, которому было дано это поручение, отказался править старый текст и просто передал текст, написанный им для другого издания. Это вызвало шквал эмоций. Но делать было нечего, мне пришлось потратить целый год на то, чтобы собрать из 2 текстов один.

Несмотря на все сопротивление, 1-й том вышел. Лия Давыдовна была указана на титуле как его составитель. К сожалению, у некоторых товарищей появилась какая-то странная реакция, ревность что ли на ее участие, и от сбора второго тома Лия Давыдовна была практически отстранена, несмотря на все мое сопротивление. Но я, издатель и редактор этой книги, свидетельствую: без усилий Лии Давыдовны третьего издания Руководства по гематологии не было бы. Без ее участия собрать 2-й и 3-й тома стало почти не решаемой задачей. Нам скорее оказывали сопротивление, чем помогли. Возможно из-за того, что с ней так поступили, не имеем мы и уже иметь не будем четвертого издания этой уникальной книги.

Уже на этом этапе Лия Давыдовна замыслила выпустить Руководство по гериатрической гематологии. Работу эту мы начинали вместе, но затем по обстоятельствам, не зависящим от меня, я вынужден был отказаться от участия. Лия Давыдовна, думаю, сильно на меня за это обиделась. Хотя я ей объяснил причины своего решения. По-другому я поступить не мог, хотя, возможно, на этот счет есть и другие мнения. Большую помощь в редактировании этой книги оказала наш доцент Н.И. Некрасова. За время работы над этой книгой она очень прониклась к Лии Давыдовне и даже, наверное, подружилась с ней. Лия Давыдовна всех затягивала в свои сети... 1-й том Гериатрической гематологии вышел в прошлом году.

Еще один подвиг Лии Давыдовны — создание в 60-й больнице гематологического отделения. Формирование его происходило у нас на глазах, я знаю, что городское начальство совсем не склонно создавать новые гематологические койки: дорого, длинно, трудно, требует массы всякого дополнительного — службы переливания, лаборатории. Но Лия Давыдовна, пользуясь своей работой на кафедре главного терапевта Москвы Л.Б. Лазебника, добилась своего. И теперь это одно из немногих отделений, куда можно отправить больного. С гематологическими койками в городе большая проблема: население выросло с 70-х годов в 2 раза, а коечный фонд не увеличился.

И еще — Лия Давыдовна всегда всех лечила. Она знала всех крупных врачей Москвы, всех профессоров и академиков. И ее знали все. Мне не нужно было обращаться к Лии Давыдовне, но я знаю огромное число больных, прошедших через ее диспетчерскую. Один звонок решал все: ей не отказывали. Думаю, для многих измученных нашей системой здравоохранения больных она казалась волшебницей, решающей проблемы мгновением палочки.

Несколько специфической была манера чтения лекций, мне она казалась унаследованной кафедрой Кассирского, но может быть это был личный стиль изложения. В лекции всегда присутствовал больной, который потом счастливо женился или выходила замуж, у них родились дети или удалось окончить университет и стать талантливым кем-то. Эта концовка превращала лекции Лии Давыдовны в некое подобие былин, русских народных сказок. Присказка эта была обязательной.

Среди друзей Лии Давыдовны я бы выделил Зиновия Соломоновича Баркагана, моего учителя и, смею на это надеяться, друга, который часто останавливался у меня дома, бывая в

Москве в командировках. Это были какие-то удивительно теплые отношения.

Известный кардиолог, профессор Елена Васильева оказалась среди ближайшего окружения Лии Давыдовны. Я с Леной знаком еще со студенческих времен, когда она оказалась вовлеченной в орбиту Лии Давыдовны, я и сейчас до конца не знаю. Но до последнего времени Лена заботилась о Лии Давыдовне как о ближайшей родственнице. А может быть и более.

Каким-то странным образом Лия Давыдовна оказалась близким человеком Михаила Хохлова — директора гнесинской школы, мужа моей детской приятельницы. Тонок слой, но с подачи Лии Давыдовны несколько лет подряд наши конференции заканчивались концертом вундеркиндов из этой школы. Это было важно не только для слушателей, но и для детей: у них не так много возможностей выступить перед благожелательно настроенной публикой.

Еще один круг знакомых связан с правозащитной и политической деятельностью ее сына Виктора. О той стороне жизни я знаю только со стороны, но среди почитателей Лии Давыдовны оказался Григорий Явлинский. Насколько я знаю, отношения между ними были очень близкими, почти семейными.

И вот 30 апреля 2012 г. Лии Давыдовны не стало. Несколько недель она пролежала в Гемцентре. Ей только что исполнилось 87 лет. Жаль. Всем, знавшим ее будет не хватать активной жизненной позиции, стремления к доброжелательности, объединению, единomyслию, которое она излучала до последнего дня. Запомним ее активной и созидательной.

П. Воробьев



## XVII Международная научно-практическая конференция

# «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

Организационный комитет

Уважаемые коллеги!

Сообщаем Вам о проведении 8—10 октября 2012 года XVII Международной научно-практической конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

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

### ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Медико-социальные аспекты геронтологии, заболевания у ветеранов войн, сестринский уход за пожилыми, современные геронтологические технологии, организация медицинской и социальной помощи пожилым.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, хирургия, онкология, офтальмология, ревматология и остеопороз, эндокринопатии, цереброваскулярные заболевания и болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, стрессовые расстройства, депрессии в пожилом возрасте, сосудистые и другие психические расстройства, гематология, анемия и другие социальные проблемы пожилого возраста).
- Теоретические основы геронтологии, старение, геронпротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология, перспективы модернизации в здравоохранении.
- Профилактика преждевременного старения.

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фармацевтических фирм.

### ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 1 июля 2012 г.

Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2012 г.

### ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — не более 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала можно переслать в адрес Оргкомитета [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru). В теме письма обязательно указать «Тезисы». Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

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

Тезисы публикуются в журнале «Клиническая геронтология» (входит в список ВАК). Для оплативших оргвзнос — тезисы бесплатны.

### РЕГИСТРАЦИЯ

Зарегистрироваться и оставить заявку на бронирование номера в гостинице вы можете [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net), заполнив соответствующую форму на сайте или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по электронной почте [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru).

Регистрационный взнос составляет 3500 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов (сборник тезисов), папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата составляет 50% от суммы регистрационного взноса. **Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.** Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

### ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении» (входит в перечень ВАК), «Клиническая фармакология и фармакоэкономика», газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ». Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru) Web-сайт: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич  
Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

### ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в Оргкомитет Конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ФИО \_\_\_\_\_

Место работы и должность: \_\_\_\_\_

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

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

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

Формы участия (отметить ✓):

Устное сообщение  Стендовый доклад  Публикация тезисов  Слушатель

Гостиница:

Не нуждаюсь  Нуждаюсь

Название доклада, соавторы \_\_\_\_\_

## ИнтерНьюс

### Обнаружено старение радужной оболочки глаза

Американские ученые обнаружили старение радужной оболочки глаза, влияющее на точность идентификации личности в биометрических системах. Профессор Кевина Боуэра и его коллеги из университета Нотр-Дам (University of Notre Dame) в штате Индиана при помощи специального программного обеспечения сравнили 20 тысяч снимков 644 радужных оболочек. Программа должна была идентифицировать снимки одной и той же радужной оболочки, полученные с разницей в один месяц, а также два или три года. Боуэр установил, что программное обеспечение при сопоставлении снимков одной радужной оболочки, сделанных с разницей три года, чаще ошибается и определяет радужку как принадлежащую двум разным людям. Если бы оболочка не подвергалась возрастным изменениям, то количество ошибок программы оставалось бы одинаковым для сделанных в разное время изображений. «Утверждение, что радужка не меняется на протяжении жизни человека, теперь опровергнуто», — цитирует Боуэра издание. Стандартная частота ложного узнавания — неправильной идентификации двух радужных оболочек разных людей как принадлежащих одному хозяину — для биометрических систем равна одной ошибке на два миллиона срабатываний. Согласно результатам эксперимента Боуэра, частота ложного узнавания увеличивается до 2,5 на два миллиона спустя три года после того, как был сделан снимок-образец радужки человека. В дальнейшем количество ошибок может накапливаться и приведет к проблемам в работе биометрических систем — считают авторы исследования. Решение этой проблемы Боуэр видит в создании учитывающих старение алгоритмов распознавания радужки. Сканирование радужной оболочки глаза пользуется популярностью в системах контроля и управления доступом и занимает второе место после считывания отпечатков пальцев.

Источник: Nature

### Здоровые клетки сердечной мышцы вырастили из клеток кожи пациентов

Впервые в медицинской науке израильским ученым удалось превратить клетки кожи пациентов с сердечной недостаточностью в здоровые новые клетки сердечной мышцы. Результаты исследования, проведенного под руководством Лиора Гепштейна из Медицинского центра Рамбам в Хайфе. «Мы показали, что можно взять клетки кожи у пожилых пациентов с прогрессирующей сердечной недостаточностью и получить из них сокращающиеся в лабораторных условиях здоровые и молодые клетки, точно такие, из каких состояла сердечная мышца этих пациентов, когда они только родились. Это ново и удивительно», — говорит профессор Гепштейн. Авторы исследования изыскали клетки кожи у двух мужчин с сердечной недостаточностью, одному 51 год, другому — 61. Этот материал перепрограммировали с помощью трех факторов транскрипции (Sox2, Oct4 и Klf4), которые вместе с известной лекарственной молекулой — вальпроевой кислотой, которая изменяет свойства натриевых каналов мембран, вносили в ядро изысканных клеток. В результате такого перепрограммирования были получены плюрипотентные стволовые клетки человека (human-induced pluripotent stem cells (hiPSCs)), подобные эмбриональным стволовым клеткам, из которых на следующем этапе работ вырастили кардиомиоциты. Эти кардиомиоциты не отличались от подобных клеток, полученных в контрольных экспериментах при использовании в качестве исходного материала клеток кожи молодых и здоровых добровольцев. Новые клетки сердечной мышцы, внесенные в уже существующую подобную ткань, начали биться в унисон через 24—48 часов. Полученную из новых кардиомиоцитов ткань трансплантировали в сердце здоровых крыс, где имплантат также синхронизировался с хозяйским органом. В отличие от первых экспериментов по перепрограммированию взрослых клеток в индуцированные плюрипотентные, в опытах израильских ученых не был задействован четвертый фактор транскрипции под названием с-Мус, который известен как онкоген. Кроме того, авторы использовали альтернативную предыдущим стратегию вирусного переноса факторов перепрограммирования в клеточное ядро: после того как информация достигала цели, они удаляли вирус во избежание онкогенеза, вызываемого встраиванием в генетический материал клетки вирусной генетической последовательности. По мнению ученых, клинические испытания метода восстановления пораженной сердечной мышцы с помощью человеческих индуцированных плюрипотентных клеток могут начаться не раньше чем через пятьдесят лет. Главным препятствием на этом пути, по мнению профессора Гепштейна, является опасность онкогенеза: полученные в результате перепрограммирования клетки могут выйти из-под контроля и превратиться в опухолевые клетки. Несомненным преимуществом продемонстрированного подхода является то, что кардиомиоциты для замены поврежденного участка выращены из клеток пациента, следовательно, не должны отторгаться как чужеродный материал.

Источник: European Heart Journal

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., 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., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., 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., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлептор А.В., Юшук 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](mailto:mtpndm@dol.ru)  
[www.zdrav.net](http://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 **Б**

Внимание!

В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!