



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Май 2006

№ 9 (26)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

10 лет назад, когда прошло только 50 лет после Нюрнбергского трибунала, осудившего нацистских врачей-преступников, многие международные медицинские журналы посвятили специальные выпуски истории процесса, развитию биомедицинской этики, проблемам контроля над проведением исследований на человеке. Для меня тогда было удивительно обнаружить, что ни один русский медицинский журнал не опубликовал статьи об этих проблемах. Ныне, 10 лет спустя, поиск в MEDLINE даст нам 288 статей на «Nuremberg AND trial» и только одну — русскую, точнее, советского еще времени, о том, как советские врачи свидетельствовали в Нюрнберге о нацистских преступлениях. В Интернет-источниках неспециализированных ситуация еще хуже. «Nuremberg code» (Нюрнбергский Кодекс) обнаруживается в 931 000 документов, индексированных Yahoo, и «Нюрнбергский Кодекс» только на 558 страницах, индексированных Yandex.

Как это произошло.

Как это может быть так в России, где многие люди и почти все политики привыкли называть Победу в Великой Отечественной войне главным делом в жизни страны и без особых колебаний утверждать, что это Мы победили фашизм? Неужели медицинская профессия не заинтересована в уроках Нюрнберга? Или дело не только в медиках?

Ответ на этот вопрос непрост. Прежде всего, оказывается, что, несмотря на договоренность участников Коалиции опубликовать в своих странах полностью протоколы Нюрнбергского процесса над главными нацистскими преступниками и других процессов в Нюрнберге, в СССР эти материалы так и не были опубликованы. Те тома, что можно увидеть на полках библиотек, — только избранные советской цензурой и пропагандой фрагменты обширных материалов трибунала. Известно, что Сталин был недоволен результатами Нюрнберга, в частности потому, что не удалось привлечь к ответу как преступную организацию немецкую армию. Недоволен тем, что «мало» наказали. Недоволен, несмотря на то, что были детальные договоренности с союзниками о том, чтобы на процессе не рассматривались аргументы защиты о преступлениях союзников и многое другое.

Союзники СССР, союзники Сталина еще до окончания войны принимали участие в сговоре с целью скрыть правду об этом и других преступлениях советского режима.

В протоколах все-таки остались ходатайства защиты, например, рассмотреть вопрос о массовом убийстве поляков (захоронение в Катыни под Смоленском). Как известно, немцы во время оккупации эксгумировали могилы в Катыни и в присутствии представителей международных организаций доказали, что убийство совершили коммунисты. Комиссия, созданная Сталиным после освобождения Катыни, в составе которой был среди прочих академик-хирург Н.Н.Бурденко, утверждала, что эксгумацией доказано, что преступление совершили немцы. Еще на 45 лет правда об убийстве была скрыта, и, в частности, в этом помогло сокрытие протоколов Нюрнбергского процесса. Союзники СССР, союзники Сталина еще до окончания войны принимали участие в сговоре с целью скрыть правду об этом и других преступлениях советского режима. Очевидно, что опубликование какого бы то ни было текста, даже объемных судебных протоколов малым тиражом, если в

Даже идеологически вроде бы безобидные материалы о преступлениях немцев на советской территории, собранные И.Эренбургом и В. Гроссманом, были использованы советскими представителями в Нюрнберге, но не были опубликованы в СССР.

них упоминается столь тяжкое преступление, было опасно для советского режима.

Даже идеологически, вроде бы безобидные материалы о преступлениях немцев на советской территории, собранные И.Эренбургом и В.Гроссманом, были использованы советскими представителями в Нюрнберге, но не были опубликованы в СССР. Только в «перестройку» СССР признал совершенное преступление. Лишь недавно

общее. Объяснить это можно лишь добровольно или искусственно суженным полем зрения историков. Важно, однако, что фильтрация информации привела к ре-

Регулирование исследований с участием людей в нашей стране было и остается в самом примитивном состоянии.

зультату, к которому должна была привести. В ходе процесса над врачами был сформули-

рован свод основных правил, которым должны соответствовать эксперименты на людях (сейчас чаще употребляется формула «с участием людей»). Конечно, и в международной послевоенной истории Кодекс не изменил в мгновение всю практику медицинских исследований на человеке. Однако эта практика стала меняться, и уже с 1970-х ее можно считать развитой, достойной гуманистических идеалов. Кодекс был опубликован на русском впервые только в 1986. Это произошло фактически под давлением мировых медицинского и бизнес-сообщества, которые уже не могли в СССР действовать по внутренним правилам СССР — законы развитых стран требовали соблюдения этических норм везде, где действовали граждане и компании этих стран.

Провал этического регулирования. В результате изоляционистской политики коммунистического режима врачи в СССР (будем называть их советскими) не знали ничего о создании Всемирной медицинской ассоциации и утверждении ею Хельсинкской декларации — более детального документа, регулирующего исследования с участием людей, построенного на принципах, оглашенных Кодексом. Регулирование исследований с участием людей в нашей стране было и остается в самом примитивном состоянии. Даже 15 лет после перестройки, открывшей доступ к передовому зарубежному опыту, не привели к быстрому развитию регулирования. Действующий с 1993 г. закон, адекватно описывающий основы правил исследований на человеке, не подкреплен необходимыми законами и ведомственными актами и в основном не исполняется в этой части. Наша страна сделала заметный шаг в направлении регулирования законом того, что во многих странах регулируется моральными нормами, приняв «Основы законодательства...». Однако запреты в этом документе не подкреплены никакими санкциями к нарушителям. Журналы и ныне публикуют статьи, описывающие бесчеловечные, этически неприемлемые исследования.

Во всех медицинских научно-исследовательских и учебных институтах (академиях, университетах) исследования на людях и животных проводятся без предварительного одобрения протокола (плана исследования)

этическим комитетом, а чаще всего — вообще в отсутствие протокола. Только

студенты и сотрудники Тверской медакадемии узнали, что в подвальном этаже главного здания их института, где годами находилось НКВД/КГБ, были расстреляны тысячи людей, в том числе польские граждане. Как известно, Россия не выполнила данного Польше обещания передать документы о Катынском расстреле. Соккрытие правды продолжается.

Во всех медицинских научно-исследовательских и учебных институтах (академиях, университетах) исследования на людях и животных проводятся без предварительного одобрения протокола (плана исследования) этическим комитетом, а чаще всего — вообще в отсутствие протокола.

В некоторых «научных» текстах о Нюрнбергском процессе суд над врачами-преступниками не упоминается во-

вообще в отсутствие протокола. Только в некоторых вузах и НИИ диссертационные советы в последние годы стали требовать от соискателей представления заключения этического комитета. Это заключение чаще дается ретроспективно, т.е. по законченному исследованию перед подачей диссертации к защите. Очевидно, что оно уже не может предотвратить нанесения вреда людям-участникам исследования или мучений животных. Это лишь бюрократическое упражнение. Повсеместно этические контрольные комитеты

ИнтерНьюс

В аннотации к кремам Элидел и Протопик добавляют предупреждение о возможном канцерогенном эффекте

Эти лекарственные средства, применяемые для лечения атопического дерматита, увеличивают риск развития рака кожи и лимфомы, согласно данным FDA. Протопик, производимый компанией Астеллас Фарма, в России не зарегистрирован. Элидел, который является популярным в России средством для лечения атопического дерматита, выпускается компанией Новартис в виде 1% крема. Стоимость одного тюбика составляет в среднем 800—1000 рублей. Взаимосвязь между использованием этих препаратов и повышенным онкологическим риском в настоящее время не доказана, однако в FDA было представлено достаточно большое количество отчетов о серьезных побочных эффектах на фоне применения Элидела и Протопики, сообщили официальные представители FDA. По данным FDA, к октябрю 2005 года было представлено 78 отчетов о развитии рака после применения этих препаратов. Решение о внесении поправок в аннотации было принято после длительных споров с производителями препаратов. Тем не менее, Новартис и Астеллас Фарма по-прежнему настаивают на отсутствии реальных научных доказательств канцерогенного эффекта Элидела и Протопики. Помимо предупреждения об онкологическом риске, в аннотации к препаратам сохранится противопоказание к применению крема у детей младше двух лет. Кроме того, появится информация о том, что препараты следует назначать лишь при неэффективности основных средств лечения атопического дерматита, в том числе стероидов.

Источник:
Medportal.ru

Объявлен конкурс на звание главного шарлатана рунета.

На специальном антишарлатанском сайте по адресу <http://www.fraudcatalog.com/> объявлен новый конкурс. Авторы считают шарлатанством метод, эффект которого не подтвержден в соответствии с действующими правилами проверки и регистрации, метод не допущен официально к применению, и лицо, применяющее его, не дает официального предупреждения клиенту о том, что данный метод является экспериментальным и последствия его непредсказуемы. Не со всем здесь можно согласиться, но уточнение — это постоянная работа, поэтому в целом сайт важен, полезен и своевременен.

Работа сайта направлена на выявление в электронной сети недобросовестной рекламы в сфере здравоохранения. В первую очередь в каталог помещаются методики и товары, наиболее безнравственные и опасные для потребителя. Упорная борьба развернулась среди участников конкурса. Кто же станет обладателем почетного диплома и сможет именоваться главным шарлатаном рунета? Имя победителя будет объявлено по завершению этого чрезвычайно интересного и важного соревнования. Присоединиться к участию в конкурсе можно на любом его этапе. Победителем выйдет тот, кто наберет максимальное количество баллов. Подведение итогов и вручение наград состоится 31 декабря 2006 года. Удачи Вам, господа шарлатаны!

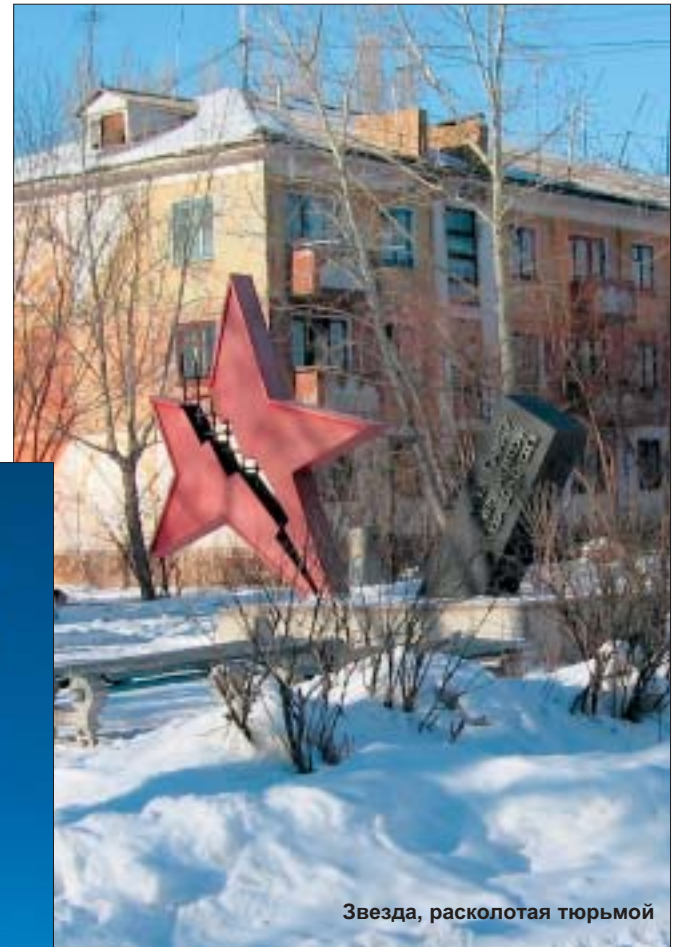
Источник:
собственная информация

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В Астане 28.02.06 состоялась республиканская конференция, посвященная вопросам диагностики и лечения анемического синдрома. Приехали на эту конференцию представители нескольких областей Казахстана, в основном присутствовали врачи из столицы. С приветствием выступил ректор Казахской Госмедакадемии Ж. Доскалиев, представитель МЗ РК Р. Кабыкенова. В процессе дискуссий и выступлений выявились некоторые важные особенности: главный внештатный гематолог МЗ РК Н. Умбеталина, к примеру, сообщила о очень высокой частоте апластических анемий (чуть меньше 100 человек на 15 млн населения в год). Одновременно значительно растет число больных с циррозом печени на фоне тотального поражения населения вирусом гепатита (Б. Айнабекова). Возможно, имеется взаимосвязь (гепатит вызывает аплазию костного мозга), однако это утверждение требует специальных эпидемиологических исследований. Связь с последствиями ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне или влиянием Байконура уже не просматривается, хотя еще несколько лет назад все болезни в выступлениях казахских коллег связывались именно с действием радиации.

Медицина в стране быстро эволюционирует. В Казахстане год назад вышли протоколы, что-то среднее между нашими протоколами ведения больных и клинико-экономическими стандартами медицинской помощи, которые с начала 2006 г. публикуются в вестнике МГНОТ. Их содержание вызвало заслуженные нарекания специалистов — они писались кулуарно, без широкого обсуждения. Так, например, среди препаратов для лечения железодефицитной анемии есть гемостимулин, который вообще не влияет на уровень железа в крови и гемоглобин. Для лучшей «усвояемости» предлагает-

Новый символ Астаны

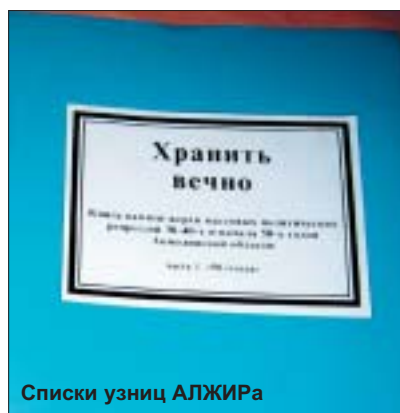


Звезда, расколотая тюрмой

изменению этих документов внесли в итоговую резолюцию конференции.

В целом было очень любопытно наблюдать развитие здравоохранения в этой стране. Если говорить о моделях управления, то доминирует бюрократическая модель. При этом всем абсолютно понятна ее неэффективность и делаются попытки уйти от такого положения дел. Например, те же протоколы — специалисты их практически не видели ни в процессе разработки, ни в следующий за этим год. Такое впечатление, что никто и не стремится довести их содержание до сведения врачей, работающих с пациентами. Если проводить параллели с Россией (а они напрашиваются неизбежно), то у нас первые публикации стандартов (амбулаторных) прошли в 2005 г. в журнале «Проблемы стандартизации в здравоохранении», а затем стандарты были перепечатаны в нескольких журналах. А должны бы были — во всех профильных журналах, да еще и с комментариями специалистов.

Казахстан, АЛЖИР — далекий и близкий



Списки узниц АЛЖИРа

ся добавлять к лечению железа фолиевую кислоту и витамин В₁₂, а В₁₂-дефицитную анемию лечить с использованием фолиевой кислоты. Этот подход опасен: «комплексное» лечение не позволяет окончательно верифицировать диагноз по ретикулоцитарному кризу (при стимуляции эритропоэза одним из недостающих факторов — железом, при его дефиците, В₁₂ при недостатке всасывания этого витамина или фолиевой кислоты при соответствующем дефиците уже через 7-10 дней от начала лечения в несколько раз по сравнению с исходным увеличивается число ретикулоцитов). Предложение по



Озеро Боровое, куда ссылали из АЛЖИРа

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

Заполните купон, и газета будет приходить к Вам. В газете публикуются материалы, статьи по важнейшим вопросам современной медицины, исторические очерки, прямая речь выдающихся врачей современности, информация о работе общества (расписания Пленарных заседаний, различных секций и приглашения для участия в секциях), отчеты о пленарных и секционных заседаниях.

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также врачей из других регионов:

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ			
Ф.И.О.	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Место работы	Должность
Контактный телефон:	E-mail:		

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.

Газета высылается БЕСПЛАТНО

Нет в Казахстане полноценного общественного мнения специалистов. Конечно, очень тянет порассуждать на «восточно-деспотичные» мотивы, но казахи давно не «восток», они — европейцы. Недаром, столь почитаемый в Казахстане Лев Гумилев сформулировал положение о Евразии — именно Казахстан центр Евразии, а не Россия, здесь переkreшиваются древний Восток с молодым Западом. Но в Казахстане нет профессиональной прослойки: очень мало узких специалистов, крайне мало научных институтов. Раньше специалисты тяготели к Москве, многие учились здесь, заканчивая ординатуру, аспирантуру, докторантуру. Туда же отправлялись и тяжелые больные. Не создавалась своя национальная медицинская школа. Только в последние годы стали появляться специалисты-личности, например, в Астане построена клиника на 25 коек для развития кардиохирургии, куда приглашен специалист, работавший до этого в Турции. Вспоминается история с Арменией, где тоже больше всего гордости связано с развитием коронарной хирургии, которую недавно основал американский армянин.

Профессиональная модель управления отраслью, в которой специалисты занимают существенное место, активно участвуя в принятии решений, в Казахстане пока не сложилась. Является ли этот этап развития — профессиональная модель — обязательным для перехода к следующей ступени — неясно. Жизнь, безусловно, многообразнее моделей, возможно, казахам удастся, не создавая безумного числа огромных центров (по одному для каждого ученого), развивающих отдельные направления за счет полного уничтожения других (например, онкология на взлете и рядом умирающая нефрология), перейти к индустриальной модели здравоохранения. Наша страна на том же перепутье, только у нас профессиональная модель превратилась в монстра, пожирающего ресурсы без существенной отдачи: к «высоким технологиям», которые на самом деле не высоки, а давно обычные для западных стран (стентирование разных сосудов, гемодиализ и др.), имеют доступ всего от 1 до 5% нуждающихся больных. И, произнося высокие слова, нужно все время помнить — у нас в стране не ставятся «сложные» диагнозы (не при раннем выявлении и при профилактических обследованиях — до этого еще идти и идти, — а даже при обращении пациентов: *в разы меньше, чем должно быть*, у нас многих заболеваний), у нас ложная статистика, которая даже о смерти врет, добавляя к умершим всех неграждан.

Минуточку! Если рождается в России у неграждан ребенок, то он в статистику рождений не включается, поэтому коляски на улицах никак не коррелируют с уровнем рождаемости. А если негражданин погибает (а это — среди 20 миллионов гастарбайтеров — мужчин трудоспособного возраста, приехавших на заработки, в этой среде и криминал, а

пьянства и травматизма хоть отбавляй) — то он пополняет статистику смертности нашего населения. Причем, по некоторым данным ошибка может составлять до 40% прибавки! Вот вам и «русский крест» — перекрест рождаемости и смертности, продолжающийся рост последней.

И еще. Недалеко от Астаны, всего в 30—40 км, расположено знаменитое на весь мир место — АЛЖИР. Это — аббревиатура от слов «Акмолинский Лагерь Жен Изменников Родины». В течение нескольких месяцев 1937 г. были арестованы и без всякого суда и следствия водворены в лагерь 8 тысяч жен и детей расстрелянных во время «большого террора». Здесь оказались женщины, чья официальная вина была лишь в том, что они были женами. Нередко они были уже разведены к моменту расстрела мужей, но все равно оказывались в лагере. Здесь была мать Майи Плесецкой, жены военачальников, врачи, простые женщины. Маленьких детей отбирали в специальный детский сад, а затем отправляли в детские дома. Многие женщины, выйдя из заключения, стали впоследствии точками кристаллизации новых казахских культурно-научных направлений — ведь и после освобождения они должны были жить в городах и поселках Казахстана в ссылке. И некоторые медицинские направления начали развиваться здесь благодаря ссылке женам погибших в застенках. Всего через АЛЖИР прошло более 18 тысяч заключенных женщин и детей...

Теперь место это называется поселок Малиновка, на месте барак — пятиэтажки. Но остался сад, высаженной в этой бесплодной степи руками наших матерей и бабушек. Директор совхоза — Иван Иванович Шарф в 1987 г. создал в доме культуры небольшой музей, поставил памятники, стенды с фамилиями заключенных. Сейчас музей этот поддерживается лишь энтузиазмом его хранительницы. И появилось желание — взять шефство над этим музеем, попытаться собрать деньги на реконструкцию стендов, попробовать собрать «землячество» потомков тех женщин, которые в летних сарафанах и выходных платьях оказались выброшены в зимнюю голую степь, которые выжили, не потеряв при этом человеческого лица и души. Первым актом была передача от лица Вестника МГНОТ для музея АЛЖИРа в поселке Малиновка компьютера, телефонного аппарата, отправка книги «Доднесь тяготеет». Если есть среди читателей газеты потомки жительниц АЛЖИРа (а, возможно, и дети, оказавшиеся там вместе с матерями, кстати моя бабушка — Хана Самойловна Мартинсон — педиатр, работала там в детском саду) — отзовитесь. К слову, у нас есть вышедшая недавно книга «Узницы АЛЖИРа», в которой приведены имена и краткие сведения о арестантках.

П. Воробьев

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ от 16.02.2005 г.

Сопредседатели секции: проф.-терапевт А.А. Кириченко, проф.-невролог В.А. Парфенов.

Оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Л.А. Положенкова

Диабетическая ретинопатия. — Лечит хирург или терапевт? А может быть, вместе?

Заседание открыл А.А. Кириченко: Поскольку терапевты причастны к обсуждаемой теме, сказал председателю, считаю целесообразным нам всем послушать окулиста.

1. И.В. Пименов (Диабетический центр Департамента здравоохранения г. Москвы).

Диабетическая офтальмопатия является одной из насущных проблем офтальмологии. Сахарный диабет широко распространен во всем мире. Количество больных сахарным диабетом в России составляет 10—12 миллионов, в Москве — 200000—250000 человек с ежегодным увеличением на 5—7%. Сахарный диабет известен своими тяжелыми осложнениями, одним из которых является диабетическая офтальмопатия. Диабетическая ретинопатия составляет 90% от диабетической офтальмопатии, занимая первое место среди причин слепоты. В докладе показана связь между стадией сахарного диабета и диабетической ретинопатией, прогрессирование последней в зависимости от течения сахарного диабета и его лечения, выделены факторы риска диабетической ретинопатии

(высокий уровень гликемии, его резкие колебания, длительность заболевания сахарным диабетом, его поздняя диагностика, повышение АД, нефропатия, гиперлипидемия, генетические факторы). Приведена классификация диабетической ретинопатии, обращено внимание врачей, что до сих пор нет единой. Подробно изложен патогенез диабетической ретинопатии, особенности клинического течения и осложнений (отслойка сетчатки, присоединение глаукомы, катаракты и др.). Диагностика диабетической ретинопатии включает инструментальные методы (УЗИ органов зрения и т. д.). Особое внимание обращено не только на местное лечение глаза, но и проведение общих



мероприятий: компенсация сахарного диабета (адекватная инсулинотерапия), выравнивание АД (подбор гипотензивных средств), коррекция дислипидемии (статины), препараты гепарина (особенно низкомолекулярные), антиоксиданты и т. д. Правильное лечение диабетической ретинопатии может сохранить зрение больным сахарным диабетом (например, местно проведенная вазокоагуляция сетчатки в 60—70% случаев сохраняет зрение больному на 10—15 лет). Необходимо проведение профилактических мероприятий у таких больных, иначе диабетическая ретинопатия заканчивается трагически — наступает слепота. В этой связи следует решать и организационные вопросы. Эндокринолог во время должен направлять больных сахарным диабетом к окулисту (1 раз в год без диабетической ретинопатии, 1 раз в 6 мес при первой стадии сахарного диабета и т. д.), налаживать скрининг — осмотры окулистом больных сахарным диабетом, что снижает уровень слепоты на 1/3. Помните о том, что стоимость лечения таких больных за год составляет 1750 долларов, а уход за слепым — 3190 долларов. В заключение докладчик отметил, что создание муниципальных диабетических центров, где базируется и его отделение, по видимому, поможет исправить положение больных с диабетической ретинопатией, которое имеет место до сих пор в Москве.

Вопросы к докладчику:

Как Вы относитесь к гепаринотерапии при тромбозе?

Ответ: Только положительно, кстати, включая гирудотерапию, однако только при соответствующих показаниях.

Как Вы относитесь к препаратам тиклопедин и дидацином?

Ответ: Отрицательно, т. к. первый снижает уровень тромбоцитов и дает геморрагии, а второй — усугубляет нарушение микроциркуляции сетчатки у больных с диабетической ретинопатией.

Комментарий проф. В.А.

Парфенова: Смертность от инсульта высока, составляя 30% при развитии осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, что нередко обусловлено их поздней диагностикой. В этой связи возникает вопрос: если пациент с сахарным диабетом обращается к окулисту с жалобами на ухудшение зрения и он, не выявив патологии, отправляет его вновь к эндокринологу?

ИнтерНьюс

В Европе озаботились проблемами «забытых» болезней

Последнее время фармацевтический бизнес игнорирует «забытые» болезни: СПИД, туберкулез, малярию и другие тропические бичи типа лейшманиаза и болезни Чагаса. Новая волна интереса поднялась в феврале 2005, когда ученые начали подвигать мировые торговые структуры на научные исследования в этой сфере. Новый импульс — Глобальное Обращение по поддержке R&D (исследование и продвижение) для «забытых» болезней, поддержанное 18 Нобелевскими лауреатами. Обе инициативы были впоследствии цитированы в кенийском призыве ВОЗ к увеличению числа приоритетных исследований. Европейский парламент так же рассматривает эту проблему.

Большинство компаний жалуется на отсутствие стимулов для соответствующих исследований. Цены на новые лекарства высоки из-за проблемы «интеллектуальной защиты собственности». Но эта позиция укрепляет ложную веру, что от болезни не удастся избавиться исключительно из-за недостатка эффективных средств лечения. Фактически, для большинства тропических болезней есть относительно дешевые лекарства. Но усилия по распределению лекарств всем индивидуумам недостаточны. Например, с проказой этот процесс идет медленно, несмотря на обязательство Новартиса. Одна фирма не может нести все риски этого процесса. Улучшение доступности лекарств зависит от финансового механизма поддержки поставок лекарств, а не только от поиска новых агентов или обещаний фиксирования цен. Пока это не достигнуто, нельзя будет выполнить высокие ожидания ученых по тотальному контролю за заболеваниями.

Источник:

Ланцет 2006; 367:448

В менопаузе у женщин растет риск развития обструктивного апноэ во сне

Обструктивное апноэ во сне чаще наблюдается у мужчин, однако в менопаузе у женщин возрастает риск развития данной патологии. Поскольку назначение эстрогенов и гестагенов позволяет купировать расстройства дыхания во время сна и уменьшить симптомы апноэ, D'Ambrosio С. предположил, что дефицит этих гормонов быстро приведет к развитию этого синдрома. Исследователи наблюдали 12 здоровых женщин в возрасте 18—34 года, исходя из них определялись параметры сна и дыхания, все они были в пределах нормы. Далее продукция половых гормонов у этих женщин подавлялась ежедневным на протяжении 5 недель назначением леупролида ацетата, аналога ГнРГ. Это вызвало развитие фармакологически индуцированной менопаузы. Назначение терапии привело к развитию аменореи у всех женщин, плазменные концентрации 17-бета-эстрадиола и прогестерона достигли менопаузальных значений (10,2 пг/мл и 0,40 нг/мл соответственно). В связи с дефицитом гормонов появились жалобы на вазомоторные симптомы — приливы и потливость. При этом даже после назначения агнРГ характеристики сна значительно не изменились. Участницы отметили некоторое увеличение частоты храпа, однако это не было подтверждено полисомнографией. Нарушения сна, во время которых можно было бы ожидать наличие сопротивления верхних дыхательных путей, зарегистрировано не было. Индекс апноэ/гипопноэ, а также число случаев за час сна не изменились после назначения терапии.

Источник: Климатикс.ру

ИнтерНьюс

В Екатеринбурге медицина активно поддерживается губернатором

В конце 2005 начале 2006 гг. в Екатеринбурге обсудили проблемы клинической фармакологии, стандартизации и клинико-экономического анализа на городской конференции. Среди выступлений обращали на себя внимание доклады, посвященные вопросам разработки и внедрения стандартов больницы по контролю за инфекциями. В 40-й больнице ведется мониторинг возбудителей и их чувствительности, что помогает в подборе эмпирической антибактериальной терапии. Среди обсуждавшихся вопросов — реализация в области нескольких губернаторских программ, в частности — помощи больным с хронической почечной недостаточностью. В рамках этой программы за год установлено около 50 новых диализных аппаратов, в общей сложности на диализе более 550 человек и более 40 — на перитонеальном диализе. Трансплантаций почек за год выполнено более 20, все больные стали получать необходимые им препараты по программе дополнительного лекарственного обеспечения, однако растворы для перитонеального диализа за счет государства не обеспечиваются, что ограничивает распространение этого стационарзамещающего метода. Не используется в регионе и возможность передачи больному на дом почки, выработавшей свой ресурс, что предусматривается соответствующим стандартом. Проведен обучающий семинар с участием Уральского региона по вопросам обеспечения качества медицинской помощи.

Собственная информация

Если вороны погибнут, то Тауэр рухнет, а вместе с ним исчезнет и Английское королевство — гласит легенда

Из-за опасности птичьего гриппа Администрация лондонского Тауэра приняла решение временно посадить знаменитых черных воронов, обитателей исторического замка, в клетку. На время им запрещено разгуливать по внутреннему двору королевского замка-тюрьмы, где в Средние века стояли виселицы и плахи. Такие меры приняты для того, чтобы защитить всемирно известных пернатых от птичьего гриппа. Брэнвин, Гугин, Муни, Гвиллум, Тор и Болдрик сменили свои просторные вольеры на специально построенный в одной из башен, выходящих на Темзу, птичник. Теперь они привыкают к новой обстановке.

«Хотя нам и не нравится держать птиц взаперти, мы считаем, что это самый надежный способ защитить их от вируса, который быстро распространяется по Европе, — сообщил главный хранитель воронов, один из дворцовой стражи Тауэра Деррик Койл. — Мы изучаем возможность вакцинировать воронов против «птичьего гриппа» и будем заботиться о них, пока это необходимо». Впрочем, птицы и раньше ни в чем не знали отказа и давно уже относились к 62-летнему Деррику как к родному отцу. Каждое утро он приветствует воронов по именам, приносит им сырое мясо, купленное на расположенном по соседству рынке Смитфилд, поит водой и почтительно спрашивается о здоровье. Каждые три недели Деррик Койл, отставной сержант армии Ее Величества королевы, вместе с тремя помощниками подрезает птицам перья на правом крыле — специально для того, чтобы вороны ненароком не покинули Тауэр. Как признался однажды Деррик Койл, с гордостью носящий мундир XVII века и прозвище стражей Тауэра — Веefeater, он гордится своей службой и тем, что он — единственный в мире стражник-хранитель воронов. Эта должность была создана в XVII веке по указу короля Карла II, приказавшего держать в замке шесть черных воронов.

Источник: Газета.ru

В. Власов. Начало на стр. 1

создаются таким образом и в таком составе, чтобы они ни в коем случае не могли оказывать никакого влияния на одобрение или неодобрение планов исследования.

В одной из самых важных областей этического контроля — в контроле над испытаниями лекарственных средств — ситуация особенно тревожна. Минздрав (ныне МинЗдравСоцРазвития) годами проводит линию на монополизацию этого контроля. Министерство создает свой этический комитет для этих целей. Естественно, будучи назначенным министерством, он никак не является независимым от него. Это открыто и эмоционально заявил председатель комитета академик Ф.И. Комаров на национальной конференции в 2004 г. На комитет оказывает прямое давление институт, в котором Комитету предоставлено место и поддержка, институт, который по своему положению в огромной мере зависит от фармацевтических компаний, интересы которых обслуживает.

Особенность этического регулирования состоит в том, что оно использует инструмент моральных норм, обычно выходящих за рамки регулирования уголовным кодексом. Нарушение этих норм не ведет к преследованию по закону уголовному или гражданскому, но приводит к ответственности по этическим кодексам, которые регулируют в развитых демократических странах жизнь медицинских профессий и профессиональных организаций. Например, в США «романтические отношения» доктора и пациента не преследуются прокуратурой или полицией, но они приводят к утрате врачом лицензии. Для того, чтобы полнее защищать граждан, в том числе в медицинских исследованиях и в процессе оказания помощи, в рамках развития европейского законодательства членами Совета Европы разработана и европейцами подписана «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биоэтике». Эту Конвенцию Россия, несмотря на свое членство в Совете Европы и участие в разработке Конвенции не подписывает. Минздрав, а теперь МинЗдравСоцРазвития не только не пытаются идти вперед, они отходят от требований Хельсинкской декларации. Документы МинЗдравСоцРазвития, регламентирующие проведение клинических испытаний на людях, базируются не на требованиях декларации, а на «стандартах» так называемой «хорошей клинической практики», разработанных консенсусом производителей лекарственных средств, и поэтому хуже защищающих права пациентов.

Продолжающаяся секретность. Вероятно, наиболее важной причиной для сокрытия результатов Нюрнбергского процесса над врачами было желание оставить советских врачей морально слепыми. С развязанными руками для экспериментирования на людях, которое требовалось в интересах «государства». Кодекс, в котором сказано, что исследования должны быть направлены на достижение добра для людей и выполняться только при условии получения информированного и нестесненного в своей свободе согласия, неизбежно поставил бы вопросы о возможности многих экспериментов. Мы знаем довольно много об экспериментах, проводившихся в США на людях для изучения поражающих факторов ядерного взрыва и токсичности ядерных материалов. Это пример того, как одна из ведущих стран коалиции, которая не скрывала Кодекс, все

Например, в США «романтические отношения» доктора и пациента не преследуются прокуратурой или полицией, но они приводят к утрате врачом лицензии.

же проводила эксперименты, которые противоречили ему. Кое-что мы знаем и о подобных исследованиях в Англии. Но мы не знаем ничего о подобных экспериментах в СССР. После перестройки стало широко известно, что советские врачи десятилетиями наблюдали за жителями населенных пунктов, оставшихся на радиоактивно зараженной территории на Урале (Восточно-уральский радиоактивный след), и делали это в обстановке секретности, извлекая из страданий людей важные научные данные, защищая диссертации. Из рассказов очевидцев мы узнали, что заключенные и военнослужащие использовались для разработки смертельных ядов и боевых отравляющих веществ.

Нет серьезных оснований предполагать, что советская страна не проводила крупномасштабных исследований с использованием большого числа граждан для изучения последствий радиоактивного облучения, изучения ядов и бактериологического оружия. Просто до сих пор этот вопрос не исследован и не может быть исследован, поскольку все такие материалы остаются секретными. Примером является групповое заболевание населения Красноярска близости от секретного института, якобы разработавшего средства защиты от инфекций. Сокрытие продолжается. Можно, конечно, предположить, что такие материалы просто уничтожены, как уничтожаются практически все медицинские документы после короткого хранения и почти все исследовательские материалы. Однако это не абсолютное препятствие. В США комиссия по радиационным экспериментам большую часть своих материалов получила от свидетелей, в том числе от выживших участников экспериментов.

Несомненно, главной проблемой является систематическое сокрытие материалов о происшествиих и о деятельности органов государственной власти и врачей, которые преступны или граничат с преступлением. Типичной реакцией власти на возникновение вспышки заболеваний остается ее засекречивание. Несколько лет назад мир узнал о вспышке непонятной лихорадки в России только благодаря тому, что местный житель разместил информацию в Интернете. В декабре 2005 г. после вспышки непонятного заболевания у чеченских детей информация о нем была скрыта, а сама вспышка объявлена выдумкой журналистов, которые неправильно освещали психологические проблемы чеченских детей.

Все авторитарные режимы пытаются ограничивать распространение информации. В области здоровья они в первую очередь стремятся улучшить не здоровье населения, а статистические показатели. Именно поэтому в СССР засекречивали данные о смертности детей и заболеваемости многими болезнями. Поэтому Китай во время вспышки «тяжелого острого респираторного синдрома» (ТОРС или SARS) занижал показатели заболеваемости, предоставляемые ВОЗ. Если бы врачи ощущали себя свободными людьми, ответственными перед своими пациентами, а не перед государственными органами, они предприняли бы необходимые меры для того, чтобы такая информация была передана тем, кто может вмешаться и помочь. Но советские врачи научены быть на стороне государства, а не людей. Начиная с ограничений на выдачу «больничных» и рецептов на лекарства и кончая опытами на людях без их согласия.

*Продолжение
в следующем номере*

Начало на стр. 3

Ответ: Нет, офтальмолог может направить больного к неврологу, ангиологу с рекомендацией исключить стеноз внутренней сонной артерии или другую патологию.

Комментарий проф. П.А. Воробьева: обращаю внимание врачей на то, что окулисты почему-то не хотят сотрудничать с терапевтами, с большим трудом согласились выступить на заседании общества терапевтов. Однако такой подход к лечению больных диабетической ретинопатией не правильный. Это тяжелое осложнение сахарного диабета, которое может закончиться трагически и одним окулистам проблемы не решить. Создание бесплатного диабетического центра в Москве объединит усилия врачей многих специальностей, они «услышат друг друга», что будет на пользу больным сахарным диабетом и диабетической ретинопатией.

Заключение проф. А.А. Кириченко

Таким образом, сосудистая патология является междисциплинарной сферой и любая обсуждаемая проблема, в данном случае диабетическая ретинопатия, с нескольких позиций — окулиста, терапевта, невролога и др., будет способствовать предупреждению грозных осложнений сахарного диабета. Кроме того, динамику изменений глазного дна, которую видит окулист, мы терапевты (кардиологи) мо-

жем использовать для контроля действия препаратов, влияющих на агрегацию, например, у больных с острым тромбозом коронарных артерий.

Ниже приводятся результаты анкетирования врачей, присутствовавших на заседании (47 респондентов, в скобках — % ответивших)

1. Какие факторы, по Вашему мнению, влияют на прогрессирование диабетической ретинопатии?

Коррекция уровня глюкозы в крови (92), поддержание оптимального уровня артериального давления (88), отказ от курения (68), снижение веса тела (58), отказ от алкоголя (52), уменьшение выраженности сердечной недостаточности (42), ношение очков (6).

2. Какие препараты, на Ваш взгляд, эффективны в отношении ретинопатии?

Антиагреганты (76), ингибиторы АПФ (48), гипотензивные препараты (48), низкомолекулярные гепарины (36), алпростан (28), гепарин (10), нестероидные противовоспалительные средства (6), иммуностимуляторы (8),

3. Какие болезни могут скрываться за потерей зрения?

Диабетическая ретинопатия (90), катаракта (86), глаукома (78), инсульт (50), конъюнктивит (8), сладж-феномен (4).

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета Вестник МГНОТ с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Каторина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обобщать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ (ЧАСТИЧНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованной пародонтальной болезни

Код по МКБ-10: K08.1

Фаза: стабильное течение

Стадия: любая (односторонний концевой дефект или двухсторонние концевые дефекты, включенные дефекты, сочетание концевых (концевых) и включенного (включенных) дефектов)

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 243

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.02.003	Пальпация мышц	1	1
A01.04.002	Визуальное исследование суставов	1	1
A01.04.003	Пальпация суставов	1	1
A01.04.004	Перкуссия суставов	1	1
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1	1
A01.07.004	Перкуссия при патологии полости рта	1	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1	1
A02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	1	1
A02.04.004	Аускультация сустава	1	1
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1	1
A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда	1	1
A02.07.004	Антропометрические исследования	1	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1	1
A02.07.006	Определение прикуса	1	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1	1
A02.07.009	Одонтопародонтограмма	1	1
A02.07.010	Исследования на диагностических моделях челюстей	1	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	1	1
A06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	1	1
A06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	1	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	1	1
A06.07.004	Ортопантомография	0,3	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	0,3	1
A06.07.008	Рентгенография верхней челюсти в косой проекции	0,3	1
A06.07.009	Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции	0,3	1
A06.07.011	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,2	1
A09.07.001	Цитологическое исследование отделяемого полости рта	0,01	1
A09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	0,01	1
A11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	0,01	1
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,01	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,5	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,5	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
D01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	0,5	1
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1	2
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	1	1
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	0,6	1
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	0,4	1
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	0,5	1
A16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	0,7	1
A16.07.040	Протезирование съемными бюгельными протезами	0,3	1
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	1	1
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	1	1
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	0,1	1
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	0,5	1
A16.07.060	Восстановление целостности зубного ряда несъемным консольным протезом	0,1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анестетики, миорелаксанты			1		
	<i>Местные анестетики</i>		1		
		лидокаин	1	0,4 мг	0,4 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВРОЖДЕННЫМИ АДРЕНО-ГЕНИТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ДЕФИЦИТОМ ФЕРМЕНТОВ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: врожденные адено-генитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов (адено-генитальный синдром)

Код по МКБ-10: E25.0

Фаза: хроническая

Стадия: все стадии

Осложнение: все осложнения

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 8 июля 2005 г. № 446

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	1
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	1
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
B01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	0,5	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	0,5	1
B01.010.01	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга детского первичный	0,35	1
A04.31.003	Ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	0,15	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,15	1
A06.16.008	Рентгенография желудка и двенадцати-перстной кишки	0,15	1
A04.22.002	Ультразвуковое исследование надпочечников	1	1
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,5	1
A04.21.002	Ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки)	0,5	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	4
A12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	0,6	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,7	2
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,7	2
A09.05.144	Исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови	1	3
A09.05.079	Исследование уровня общего тестостерона в крови	1	3
A09.05.067	Исследование уровня аденокортикотропного гормона в крови	1	1
A09.05.125	Исследование уровня ренина в крови	1	1
A09.28.038	Исследование уровня свободного кортизола в моче	0,3	1
A09.05.141	Исследование уровня свободного кортизола в крови	0,7	3
A09.05.154	Исследование уровня дигидроэпиандростерона сульфата в крови	1	3
A09.05.137	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови	0,3	3
A09.05.136	Исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови	0,3	3
A09.05.159	Исследование уровня общего эстрадиола в крови	0,3	1
A06.03.038	Рентгенография кисти руки	0,4	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 12 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	4
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	4
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	4
A02.01.001	Измерение массы тела	1	4
A02.03.005	Измерение роста	1	4
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	4
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	4
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	0,5	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	0,5	1
A04.22.002	Ультразвуковое исследование надпочечников	0,5	1
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,5	1
A04.21.002	Ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки)	0,5	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	4
A09.05.144	Исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови	1	4
A11.12.079	Исследование уровня общего тестостерона в крови	1	4
A09.05.125	Исследование уровня ренина в крови	0,7	2
A06.03.038	Рентгенография кисти руки	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			1		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Гидрокортизон	0,6	20 мг	7,3 г
		Преднизолон	0,2	5 мг	1,825 г
		Дексаметазон	0,2	0,375 мг	136,8 мг
		Флудрокортизон	0,7	0,1 мг	36,50 мг
		Трипторелин	0,3	3,75 мг	45,00 мг

* — анатомо-терапевтико-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

Кажется, сейчас даже житель глухой деревушки знает про страшного микроба, вызывающего язву желудка и двенадцатиперстной кишки.

В начале 1875 г. немецкие анатомы обнаружили в слизистой желудка человека неизвестную спиралевидную бактерию. Культивировать ее им не удалось, и об открытии вскоре забыли. Только в 1982 г. австралийским врачам Барри Маршаллу (Barry J. Marshall) и Робину Уоррену (Robin Warren) удалось выделить мелкую изогнутую палочку, лежащую под слоем слизи на поверхности эпителия. Палочка имела примерно 2,5 мкм в длину и 0,5 мкм в ширину, была покрыта гладкой оболочкой и обладала 5 жгутиками. Попытки выделения указанной палочки долго не давали результата, но в конце концов удалось получить ее рост на

Нобелевская бактерия

или история одного открытия

среде для выделения кампилобактерий. Микроб получил название *Campylobacter pyloridis*, а в 1989 г. его выделили в самостоятельный род — *Helicobacter* и было изучено его воздействие на организм человека. В последующие десять лет была установлена следующая закономерность: у носителей этой бактерии повышен риск возникновения язвенной болезни, характеризующейся повреждением выстилки желудка или двенадцатиперстной кишки, кроме того, у них чаще развивается рак этих органов. Однако для доказательства этиологической роли *Helicobacter pylori* в происхождении язвенной болезни не хватало еще одного важного факта, а именно экспериментального воспроизведения заболевания (второй постулат Р.Коха). Поскольку соответствующие экспериментальные модели тогда не были известны, Б. Маршаллу пришлось прибегнуть к самозаражению. Таким образом, вопрос был полностью решен.

И вот в октябре 2005 Королевский Каролинский медико-хирургический институт в пригороде Стокгольма назвал первых лауреатов Нобелевской премии в 2005 году. Ими оказались те самые Барри Маршалл и Робин Уоррен. «Благодаря революционному открытию Маршалла и Уоррена язва пищеварительных органов перестала быть хроническим заболеванием, часто приводящим к вынужденному бездействию. Теперь это болезнь, которую можно лечить за короткий период антибиотиками и ингибиторами кислотной секреции», — говорится в представлении Нобелевского комитета. Размер Нобелевской премии составил 10 миллионов шведских крон (почти 1,3 миллиона долларов). Маршалл и Уоррен разделили награду пополам. 54-летний Барри Маршалл работает в исследовательской лаборатории Медицинского центра, действующего при Западно-Австралийском Университете. 68-летний Робин Уоррен трудится в городе Перт.

Так выглядит эта история в популярном изложении. А вот взгляд специалиста: рассказывает Пасечников Виктор Дмитриевич, профессор, заведующий кафедрой терапии ФПО Ставропольского государственного медицинского университета:

В 1880 в Глейвице (это на границе Польши и Германии, если помните, обстрел радиостанции в 1939 немцами, переодетыми в польскую форму, спровоцировал начало II мировой войны) в немецкой религиозной семье родился мальчик, которого назвали двойным именем Георг Эрнст. Родители хотели видеть его служащим богу, но он выбрал служение медицине, а конкретно — хирургии. И Вы знаете, преуспел на этом поприще. После окончания медицинского университета в Бреслау (сейчас польский Вроцлав) он, как многие хирурги того времени (это же было тогда правилом!), начал свою карьеру... в Институте патологии в Хемнице. Будучи умным человеком, прежде всего, а еще и — умным хирургом, он изучал морфологию органов, удалявшихся из организма в результате хирургических операций, в частности, желудка у больных язвенной болезнью и раком желудка. Затем он продолжил карьеру в качестве ассистента профессора хирургии Anschütz в Киле, а потом переехал в Гамбург. Знаете, наверное, или слышали, знаменитую клинику Эппендорф, она конкурировала в то время с берлинской клиникой Шарите, так вот там он и работал до своей смерти, шефом хирургической клиники. Профессор Prinz (еще одно светило хирургии того времени) с восторгом отзывался о его выдающихся успехах в самых различных областях хирургии: хирургии менисков, заживле-

нии ран, хирургии болезни Гиршпрунга, ЖКБ болезни, и, представьте себе, в кардиохирургии (он выполнял тромбэктомии из дуги аорты!!!). Но настоящей страстью Георга Эрнста Конечны (ну Вам ведь знакома эта фамилия, его же у нас ругали и называли буржуазным узколокалистом, вспомните учебник Абрикосова!) был патогенез язвенной болезни и рака желудка. В 1923 году он опубликовал статью «Chronic gastritis and duodenitis as causes of gastric and duodenal ulcer», написав следующее «...При гистологическом осмотре образцов, окрашенных методом Nicolle, отмечалась тесная корреляция между степенью гастрита и количеством бактерий, располагающихся в слизистой оболочке. В фундальном отделе, где воспаление было незначительным или отсутствовало, я не обнаруживал бактерий. Воспаление было экстенсивным в областях с выраженным гастритом с потерей специфических желез и развитием вторичной атрофии и в области крипт и между ними, также как и в области шеек желез. Бактерии обнаруживались в большом количестве в желудочных ямках и в зонах выраженного гастрита...»

Не правда ли, очень похоже на статью Маршалла и Уоррена? Только ровно на 60 лет раньше. А в следующей книге Gastric Cancer (1938) он написал следующее... «...Язва и рак желудка могут развиваться на фоне немого воспаления слизистой оболочки желудка. Мы не можем различать гастрит, на фоне которого развиваются язвы, и гастрит, на фоне которого появляется рак желудка. Если мы сможем предупреждать развитие гастрита или лечить его, мы сможем предупреждать образование язв и развитие рака желудка. Профилактика гастрита — профилактика язв и рака желудка»...

Не правда ли, занятно? А? А мы все его пнули ногой, и на экзаменах по патоанатомии, хирургии, внутренних болезнях про теории патогенеза язвенной болезни и рака желудка повторяли как попки абрикосовское: «узколокалистическая буржуазная теория, далекая от принципов диалектического материализма». А теперь сравните Маастрихт-3, последнее руководство для врачей образца 2005 года... Инфекция *H. pylori* является главным этиологическим фактором хронического гастрита. Хорошо известно, что эволюция хронического гастрита представляет собой патогенетическую последовательность изменений, приводящих к развитию атрофии, метаплазии, дисплазии и рака желудка. Значительное количество проспективных эпидемиологических исследований с использованием серологических маркеров позволило прийти к заключению, согласно которому лица, инфицированные *H. pylori*, имеют статистически значимый риск развития последовательно развивающегося некардиального рака желудка. Является установленным фактом развитие обоих гистологических типов рака желудка (кишечного и диффузного) в тесной связи с персистенцией инфекции *H. pylori*. Консенсус принял заключение, что эрадикация *H. pylori* может снизить риск развития рака желудка. Более того, эрадикация *H. pylori* в целях предупреждения рака желудка является оптимальной при ее раннем проведении до развития преинвазивных изменений (атрофии и кишечной метаплазии). Так Г.Конечны об этом писал в 1938 году!!! Занятно!?! Кстати, стелющийся рак желудка — Linitis plastica тоже впервые описал Г.Конечны. В честь признания заслуг Конечны учреждена международная премия его имени, присуждаемая только очень умным и выдающимся хирургам. Занятно!

Книги Г. Конечны были выпущены на немецком языке. Первым человеком, просмотревшим их в России, был проф. Л. И. Аруин. А до него их в течение 60—80 лет никто даже в руки не брал. Чтобы ознакомиться с книгами, Леонид Иосифович попросил их принести из запасника Ленинки, а чтобы просмотреть — нож для разрезания страниц.

Меня поражает сходство описания патологических процессов в работе Маршалла и Уоррена и в работе Конечны. Безусловно, можно допустить, что в двух разных частях света родились одинаково талантливые ученые, прошедшие к одинаковому выводу. Но (!) в книге Маршалла, посвященной всем пионерам в этой области, нет ни слова о Конечны, хотя есть упоминание о проф. Игоре Морозове, сделавшим первую электронную фото бактерии. Вполне допускаю, что Маршалл мог и не знать ничего о Конечны. Я знаком с ним (Маршаллом) и мне хотелось бы при встрече задать ему вопрос: «Знает ли он что-либо о Г. Конечны и его теории патогенеза язвенной болезни и рака желудка?» Меня возмущает позиция Уоррена. Он ведь патолог, и незаурядный патолог. И он не мог не знать о Конечны.

В истории всяких открытий не всегда все гладко. Не все ясно и в этой истории.

Подготовила А. Власова

ИнтерНьюс

XX съезд, 50 лет

Февраль 1956 г. XX съезд партии. Одной. Пятьдесят лет назад. На трибуне не любимый в последующем генеральный секретарь Никита Сергеевич Хрущев. Целые народы выселены с северного Кавказа и вымирают в снежных казахских степях. В лагерях — более 2-х миллионов заключенных, из них более половины — политические. Хрущев открыл лагерные ворота для них, позволил встретиться детям с матерями, которые на протяжении десятилетий виделись лишь несколько раз — между сроками. Не смог он вернуть тех, кто погиб или был расстрелян, не смог восстановить здоровье тем, кто потерял его в рудниках и на лесоповале. Не смог он и осудить в целом тот режим, представителем которого являлся. Режим отомстил, сняв его с работы и создав в глазах жителей страны миф о смешном таком, комичном самодуре, ничего кроме кукурузы не знавшем. Да и сейчас в официальных комментариях присутствует издевка над Хрущевым...

Вот цитата из этого доклада: «Следует также напомнить о «деле врачей-вредителей». Собственно, никакого «дела» не было, кроме заявления врача Тимашук, которая, может быть, под влиянием кого-нибудь или по указанию (ведь она была негласным сотрудником органов госбезопасности) написала Сталину письмо, в котором заявляла, что врачи якобы применяют неправильные методы лечения.

Достаточно было такого письма к Сталину, как он сразу сделал выводы, что в Советском Союзе имеются врачи-вредители, и дал указание — арестовать группу крупных специалистов советской медицины. Он сам давал указания, как вести следствие, как допрашивать арестованных. Он сказал: на академика Виноградова надеть кандалы, такого-то бить. Здесь присутствует делегат съезда, бывший министр госбезопасности т. Игнатьев. Сталин ему прямо заявил:

— Если не добьетесь признания врачей, то с вас будет снята голова.

Сталин сам вызывал следователя, инструктировал его, указывал методы следствия, а методы были единственные — бить, бить и бить. Через некоторое время после ареста врачей мы, члены Политбюро, получили протоколы с признаниями врачей. После рассылки этих протоколов Сталин говорил нам: — Вы слепцы, котят, что же будет без меня — погибнет страна, потому что вы не можете распознать врагов.

Дело было поставлено так, что никто не имел возможности проверить факты, на основе которых ведется следствие. Не было возможности проверить факты путем контакта с людьми, которые давали эти признания.

Но мы чувствовали, что дело с арестом врачей — это нечистое дело. Многих из этих людей мы лично знали, они лечили нас. И когда после смерти Сталина мы посмотрели, как создавалось это «дело», то увидели, что оно от начала до конца ложное.

Это позорное «дело» было создано Сталиным, но он не успел его довести до конца (в своем понимании), и поэтому врачи остались живыми. Теперь все они реабилитированы, работают на тех же постах, что и раньше, печат руководящих работников, включая и членов Правительства. Мы им оказываем полное доверие, и они добросовестно исполняют, как и раньше, свой служебный долг».

«Еще в 1937 году на Пленуме ЦК бывший нарком здравоохранения Каминский говорил, что Берия работал в мусаватистской разведке. Не успел закончиться Пленум ЦК, как Каминский был арестован и затем расстрелян. Проверил ли Сталин заявление Каминского? Нет, потому что Сталин верил Берия, и этого было для него достаточно. А если Сталин верил, то никто не мог уже сказать что-либо противоречащее его мнению; кто бы вздумал возразить, того постигла бы такая же судьба, как и Каминского».

Доклад конкретен, насыщен фактами, обличает созданную систему. Он читается как документ, который и сегодня «не для всех», так много там фактов, противоречащих современному изложению истории. Нужно только напомнить, что изложенное в нем проверено комиссиями, следователями, они появились в тексте «не вдруг». Документ этот — научный и достоверный анализ недавней истории. Его полезно перечитать, найти текст можно по адресу www.hrono.ru.

Собственная информация

ИнтерНьюс

В Китае рождается все больше близнецов. В некоторых родильных домах их стало в 4,0—4,5 раза больше, чем в прошлом году

Это загадочное явление объясняется просто — женщины, особенно из зажиточных семей, стали чаще принимать лекарства от бесплодия, стимулирующие яичники и способствующие многоплодным беременностям, чтобы обойти правительственное ограничение «одна семья — один ребенок». Однако такие лекарства, если их неправильно применять, считает директор родильного дома в городе Нанджинг доктор Гу Линг, могут нанести существенный вред и самим роженицам, и всему обществу. Близнецы и тройни, например, чаще рождаются преждевременно, а у младенцев чаще встречаются различные отклонения от нормы. Китайские медицинские власти собираются усилить контроль за продажей лекарств от бесплодия, которые сейчас можно купить во многих аптеках даже без врачебного рецепта. Правительственная политика «один ребенок на одну семью» действует в Китае уже на протяжении жизни целого поколения. Без этого ограничения, утверждает официальная статистика, население страны было бы сегодня на 400 миллионов человек больше.

Несмотря на значительный успех в снижении роста народонаселения, многие иностранные критики считают принимаемые меры — насильственную стерилизацию, поздние аборт, а иногда даже убийства детей — чрезмерно жесткими нарушениями прав человека. К тому же они приводят к нежелательным долгосрочным последствиям — например, к значительному превышению числа рождающихся мальчиков по сравнению с девочками, поскольку многие супружеские пары, ограниченные одним ребенком, предпочитают сделать аборт, обнаружив, что зародыш женского пола.

*Источник:
Радио Свобода*

Безжировая диета снижает уровень холестерина липопротеинов высокой плотности, и этот отрицательный эффект не предотвращается физическими упражнениями

Потенциал физических упражнений в отношении предотвращения нежелательного снижения уровней холестерина ЛПВП на фоне диеты с крайне низким содержанием жира решили изучить д-р Д.Маршалл (Армейский Медицинский Центр, Вашингтон). В течение 3 мес 120 чел. с риском ИБС соблюдали диету с содержанием жира менее 10% общего калоража. Участники занимались йогой по 60 мин. в день и выполняли аэробную нагрузку, по 180 мин в неделю. Спустя 3 мес уровень холестерина ЛПВП достоверно снизился на 8,3 мг/дл, а уровень триглицеридов достоверно повысился на 17,6 мг/дл. Был выделен особый фенотип, реагирующий особенно высоким снижением уровней холестерина ЛПВП и аполипопротеина-бета — на 13,8% и 2,3% соответственно. Так как безжировая диета на фоне изменения образа жизни приводит к дислипидемии и снижению уровня холестерина ЛПВП, подобная диета не может быть рекомендована как часть комплексной программы по снижению коронарного риска.

*Источник:
Am. Heart. J. 2006; 151: 484-91.*

Программа заседаний МГНОТ на май-июнь 2006 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
10 мая 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионная комиссия
10 мая 2006 года, среда в 17.30 Проф. П.С. ВЕТШЕВ, доцент Л.И. ИППОЛИТОВ, к. м. н. Ф.А. ШПАЧЕНКО (ММА им. И.М. Сеченова).	Желчнокаменная болезнь: кого, когда и как оперировать? В докладе будут рассмотрены вопросы, имеющие большое значение для врачей терапевтов. Будет представлен сравнительный анализ отечественных и зарубежных исследователей по вопросам показаний к операциям при ЖКБ, выбора метода хирургического лечения и оптимальных сроков его выполнения. С учетом принципов доказательной медицины проанализированы преимущества и недостатки различных видов операций.
24 мая 2006 года, среда в 17.30 Академик РАМН А.В. ПОКРОВСКИЙ (ГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН).	Можно ли предотвратить инсульт? В России в настоящее время инсульт является второй наиболее распространенной причиной смертности. Ежегодно инсульт развивается у 450 тыс. населения. 80% инсультов имеют ишемический генез и обусловлены наличием атеросклеротической бляшки в бифуркации сонной артерии. В настоящее время диагностика поражения сонной артерии возможна при проведении неинвазивного исследования (при дуплексном сканировании). Важно подчеркнуть, что 70% инсультов развивается без всяких предвестников, поэтому операция должна делаться профилактически, учитывая, что летальность при ишемическом инсульте составляет 40%, а инвалидность — дополнительно у 50% больных. Опыт сосудистого отделения Института хирургии им. А.В. Вишневского насчитывает около 2000 операций и подтверждает, что в течение 15—20 лет после операции свыше 90% больных являются асимптомными и не имеют никаких нарушений мозгового кровообращения, что свидетельствует о высокой эффективности хирургического вмешательства.
14 июня 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионная комиссия
14 июня 2006 года, среда в 17.30 Доктор мед. наук Н.А. Новикова (ММА им. И.М. Сеченова) З.В. Архангельская (ММА им. И.М. Сеченова).	Особенности течения и терапии аритмий сердца у женщин. Практическим врачам недостаточно известны особенности течения и медикаментозной терапии нарушений сердечного ритма у женщин. В докладе рассматриваются особенности клинического течения и терапевтической тактики при пароксизмальных тахикардиях у женщин различных возрастов. Внезапная смерть у двух молодых женщин (клиническая демонстрация).
Секционные заседания	
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
18 мая 2006 года, четверг в 17.00 Д. м. н. Б.К. РОМАНОВ	Побочные действия лекарств у лиц пожилого возраста.
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россоломо, 11-а	
17 мая 2006 года, среда в 15.00	«Ежегодные Тареевские дни» в ММА им. И.М. Сеченова совместно с секциями нефрологии и иммунопатологии и профилактической медицины и профессиональных болезней и Научного общества нефрологов России. «К 75-летию со дня рождения члена-корр. РАМН, профессора И.Е. Тареевой (1931—2001 гг.). 1. Проф. Е.М. ШИЛОВ, доц. Н.Л. КОЗЛОВСКАЯ. Волчаночный нефрит в начале XXI века. 2. Проф. И.М. КУТЫРИНА, к. м. н. М.Ю. ШВЕЦОВ, Т.Е. РУДЕНКО. Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений на додиализной стадии почечной недостаточности. 3. К. м. н. И.Н. БОБКОВА, проф. Л.В. КОЗЛОВСКАЯ. Мочевые тесты в оценке прогрессирования гломерулонефрита
18 мая 2006 года, четверг в 16.00	«Ежегодные Тареевские дни» в ММА им. И.М. Сеченова совместно с секциями нефрологии и иммунопатологии и профилактической медицины и профессиональных болезней и Научного общества нефрологов России. Годичная конференция кафедры терапии и профессиональных болезней «ЭСТАФЕТА ПОКОЛЕНИЙ»
Секция неотложной терапии. В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
23 мая 2006 года, вторник в 16.00 Председатели: С.А. Бойцов, А.П. Голиков. Докладчики: Н.В. Строгина, К.В. Лядов, В.П. Тюрин и др.	Тромбоэмболия легочной артерии в многопрофильном стационаре. Новые подходы к диагностике, лечению и профилактике.
Секция ревматологии: В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34	
16 мая 2006 года, вторник в 16.00 1. Проф. Н.Г. ГУСЕВА, О.В. ДЕСИНОВА, к. м. н. М.Н. СТАРОВОЙТОВА	1. Оверлап — синдром на модели системной склеродермии 2. Демонстрация больных
6 июня 2006 года, вторник в 16.00 Д. м. н. Г.В. ЛУКИНА, к. м. н. Е.Л. ЛУЧИХИНА, д. м. н. Д.Е. КОРОТЕЕВ, проф. Я.А. СИГИДИН.	Возможно ли остановить прогрессирование ревматоидного артрита?

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

Правление МГНОТ

Теперь Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

АНТИРЕКЛАМА

Или берегите от них своих детей. Путешествуя по Интернету, забрел как-то на сайты, связанные с антинаукой. Тема эта интересная, вроде — понятная, но некоторые вещи недооцениваются и недоосмысливаются.

Вот размышления профессора П. Мотавкина: «Наступило печальное время, когда наука все активнее вытесняется антинаукой. Околонаучные измышления стали факторами, формирующими убо-

Берегитесь учебников

гое, густо слобренное мистикой общественное сознание». И дальше, с обильным цитированием, приводятся описания учебников для школьников и студентов, в которых навязываются антинаучные концепции.

Не много прошло лет с того времени, как академик О. Лепшинская доказывала зарождение живых клеток, из которых состоит организм, из неживой материи. Но и сегодня академик В.Шабалин, директор, кстати, института геронтологии, объясняет про информационные молекулы, которые прошли «обучение» в организме, и теперь с пищей несут нам «информацию» от предков. Смешно? Да нет. Он следит за высыхающей каплей крови (слюны, мочи, спермы) и ставит диагноз по картинке образовавшихся трещин. Конечно, не только той болезни, что уже есть, но и той, что еще будет. Методика эта освящена десятками авторских свидетельств, методическими рекомендациями, многие члены РАМН — своими ушами слышал — говорят о ней с придыханием. Не так давно этот деятель был председателем Ученого совета Минздрава. И что-то не слышно разоблачений в его адрес со стороны ученых — товарищей по цеху! А уж сколько монографий выпущено этим светочем!

Цитата из учебника П.С. Гуревича «Человек». Учебное пособие для общеобразовательных учебных заведений. М., 1995: «Западные, прежде всего американские, исследователи сделали поразительное открытие. Врачи-реаниматологи обнаружили, что люди, возвращаясь к жизни после клинической смерти, способны рассказать о том, что происходило после их кончины в больничной палате, на месте аварии, вокруг смертного одра». Не так страшно, когда такое обсуждается в кухонной беседе, но страшно вложение этой информации в голову школьника — он ведь верит взрослым дядям.

В учебнике для средней школы «Основы антропоэкологии» (ред. В.Л. Обухова и В.Б. Сапунова. СПб, 2000) авторы излагают основы новой «науки» — криптиобиологии, основанной на изучении таких феноменов, как установленное влияние... частоты перистальтики кишечника человека-экспериментатора на тот же процесс у лабораторных насекомых — рыжих тараканов и обратное влияние. Авторы скромно требуют «принципиального пересмотра физической картины известного нам мира». «Если допустить, что прошлое, настоящее и будущее существуют одновременно, то получение информации из других эпох может идти через реальные физические каналы. Подходы к созданию такой картины мира уже намечаются. Выдающийся ленинградский ученый Н.А. Козырев (1908—1983) сконструировал приборы, которые регистрируют процессы, еще не начавшиеся, но которые произойдут в будущем».

В пособии для студентов А.М. Дыбова и В.А. Иванова (Ижевск, 1999) утверждается, что в мозгу человека есть некие «психо-частицы вакуумной природы», взаимодействие которых с нейронной сетью мозга объясняет интуицию. «Разумная жизнь определяется космическим кодом, кодом духа, механизм которого пока неизвестен». Жизнь не могла зародиться случайно, «все в мире «задумано» так, чтобы в нем появился человек», который «существует для того, чтобы существовал Космос». «Жизнь есть произведение не молекулярной, а духовной природы».

В учебнике С.Г. Хорошавина (Ростов н/Д, 2000) сообщается, что биоэнергoinформационный обмен доказан «последними достижениями» биофизики, биоэнергетики и экологии, в свете которых ясно «наличие во Вселенной некоторого замысла, плана».

В учебном пособии для студентов С.И. Самыгина и др., «Концепции современного естествознания» (Ростов н/Д, 1997): «Ученые предполагают, что информация о каждом предмете, об объектах живых и неживых имеется во всех точках Вселенной одновременно... Информационное поле содержит информацию обо всем во Вселенной и способно зарождать жизнь и направлять ее развитие... Наиболее подходящей моделью для объяснения психофизических феноменов — получение информации из недоступного прошлого и пророчество будущего — считается голографическая модель».

В книге Ю.Б. Шауба «Актуальные медицинские исследования новыми физическими методами» (один из рецензентов: д. м. н. Ю.В. Кулаков, Владивосток, 1998) представлены биополе и чакры, дистанционное воздействие лекарств и ядов на человека, микролептонное излучение и торсионные поля.

Антинаука создает и свою методологию. Появился учебник для магистров и аспирантов «Философия и методология познания» (СПб, 2003). Его авторы доказывают, что современная наука без мистицизма и религии ущербна и не может дальше развиваться: «часть консервативно настроенных ученых пытается ограничиться только сферой рациональных представлений и исключает все то, что не укладывается в ее узкую методологическую схему».

Школьников обольщают с молодых ногтей. Издательство «Просвещение» по заказу Минобразования (!) издало книгу О. Крушельницкой и Л. Дубицкой «Рассказы об астрологии», а Т. Глоба выпустила серию тетрадок, посвященных знакам Зодиака, с текстом о том, под влиянием каких планет пройдет год школьника.

Нападение — лучшая защита, лжеученые усвоили этот тезис. Академик Э.П. Кругляков, председатель Комиссии РАН по борьбе с лженаукой, приводит выдержки из ведущих газет: «...над новой наукой, проникающей в ключевые тайны мироздания, нависла старая угроза — со стороны Российской академии наук, организовавшей Комиссию по борьбе с лженаукой». И еще: «Пасуя перед сложнейшими загадками, которые задает нам природа, РАН торопится обозвать лжеучеными тех исследователей, которые рискуют работать на переднем крае познания».

Почитуем еще академика Э.П. Круглякова. «Идет систематическое преднамеренное обольщение населения через СМИ. Дикая отравка, которую скармливают людям, ведет к одиночии общества, к планомерному воспитанию людей обреченных... Людей отучают мыслить критически, но приучают верить. Кстати, такие же попытки предпринимаются и в сфере образования. Уровень образования в России стремятся понизить. Кому же нужно загонять страну в средневековье? Людьями, не способными критически мыслить, не знакомыми с логикой, легко манипулировать».

Большая часть рынка медицинских «приборов» построена на обмане покупателей — пенсионеров. Впрочем, состоятельные люди тоже не забыты. Выпущена в продажу голографическая наклейка — «плоскостной торсионный генератор». Этот «прибор» защищает от воздействия вредных излучений обладателей мобильных телефонов, микроволновых печей, телевизоров и т. д.

Если не активизируются наши биологи и не проснется Российская академия медицинских наук, бессовестное ограбление больных людей будет продолжаться во все нарастающих масштабах... Одна из причин роста влияния лженауки связана с отношением большинства ученых к этому явлению. Его можно охарактеризовать такими терминами, как брезгливость, презрение, снисходительность, попустительство. Большинство ученых до сих пор не осознают степени опасности, нависшей над наукой».

В Новосибирске под эгидой академика РАМН В.П. Казначеева и д. м. н. А.В.Трофимова создан Международный институт космической антропоэкологии, совершенно непостижимым образом прошедший государственную аккредитацию в Миннауки России. В этом институте имеется «торсионный генератор» и ведутся исследования «по изучению живого вещества в торсионных полях... В наших исследованиях по дистанционной передаче информации мы сопоставляем астрологические и астрофизические данные участников, используя американскую базу данных по астрологии «НОВА». Могут в этом институте «менять» ход времени с помощью «зеркал Козырева», лазерный луч взаимодействует с «отраженным биофизическим полем человека».

Профессор С.П. Капица считает, что «причина бурного расцвета антинауки заключается в глубоком распаде общественного сознания. Распад виден во многих сферах. Очень опасен кризис образования. Комиссия ЮНЕСКО отметила кризис в отношении к фундаментальной науке не только в нашей стране, но и во всем мире, который привел к упадку образования. Президент США признал, что у них 20% функционально неграмотных людей. Это — приговор, означающий, по существу, откат страны в прошлое».

Не прошел мимо антинауки и академик А.И. Воробьев: «Проблема внедрения в охрану здоровья народа лженаучных рекомендаций, прямого

Сопредседатели секции:

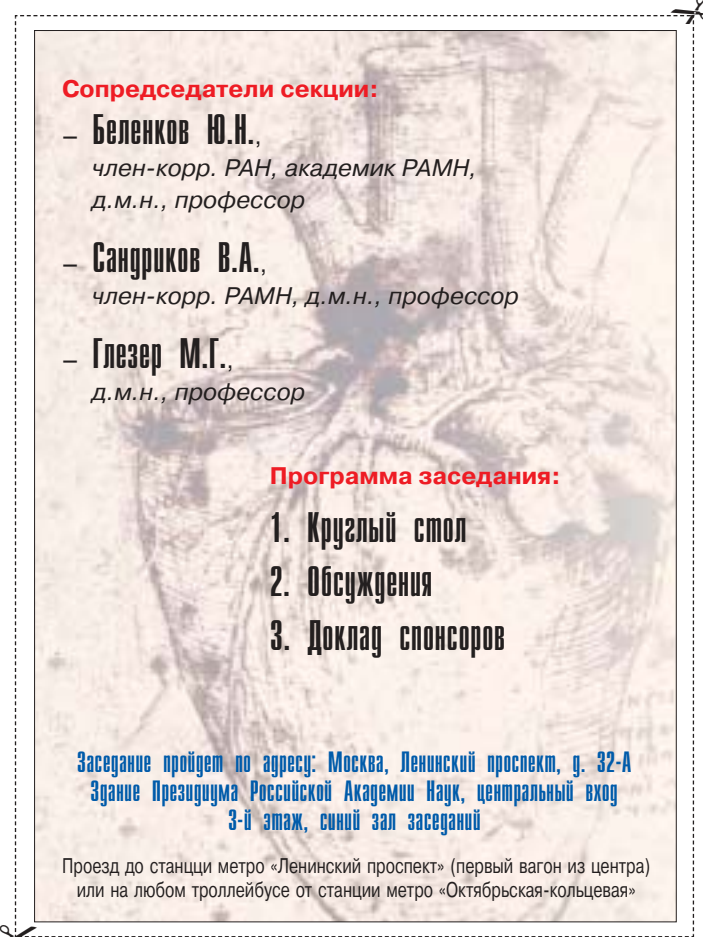
- **Беленков Ю.Н.**,
член-корр. РАН, академик РАМН,
д.м.н., профессор
- **Сандриков В.А.**,
член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- **Глезер М.Г.**,
д.м.н., профессор

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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



Программа заседания:

Евдокимова Анна Григорьевна,
д.м.н., профессор
«Заблуждения и реальные возможности применения аналарипра в практике врача-терапевта»

Барышникова Галина Анатольевна,
д.м.н., профессор
«Дипиридамоп в практике терапевта — новые возможности и перспективы»

Агеев Фаиль Таипович,
д.м.н., профессор
«Методы повышения эффективности лечения стенокардии напряжения в практике врача-терапевта»

Маколкин Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, член-корр. РАМН
«Возможности применения бета-адреноблокаторов в особых ситуациях»

Заседание пройдет по адресу:
Москва, Ленинский проспект, д. 32-А.
Здание Президиума Российской Академии Наук,
центральный вход, 3-й этаж, синий зал заседаний
Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

Сопредседатели секции:

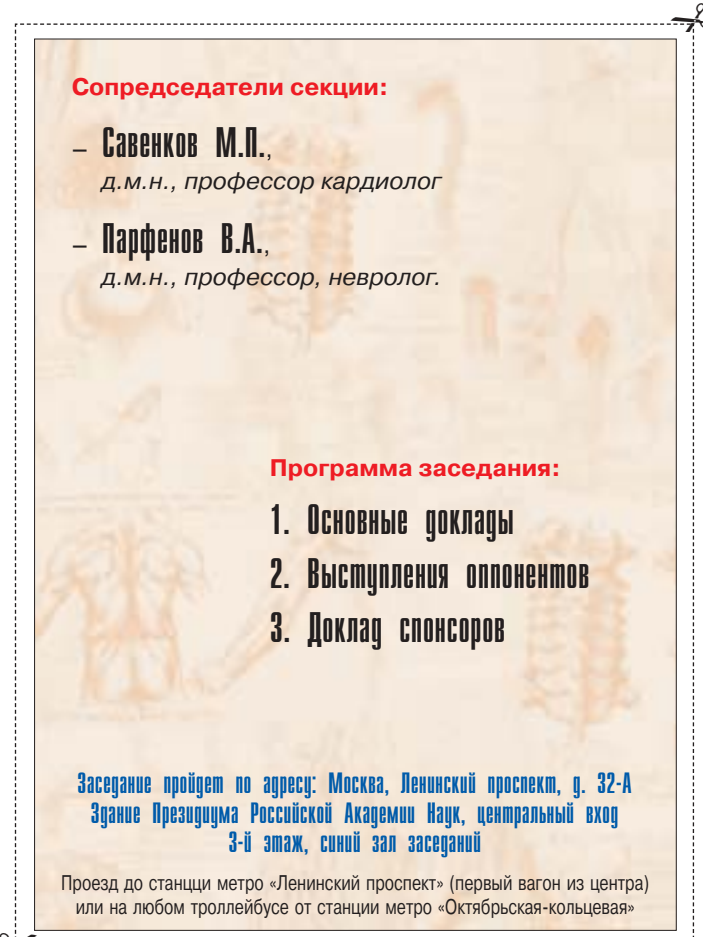
- **Савенков М.П.**,
д.м.н., профессор кардиолог
- **Парфенов В.А.**,
д.м.н., профессор, невролог.

Программа заседания:

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

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

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



Начало на стр. 9

Приглашение

**«Хирургическая
помощь и
интенсивная
терапия
при нарушениях
ритма»**

18 мая 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

знахарства сейчас приобрела особое значение, поскольку использование недейственных средств вместо необходимых, научно проверенных ведет сплошь и рядом к трагическому исходу. Наряду с откровенно невинными рекомендациями по выбору диеты в зависимости от показателей крови, не более достоверными, чем гадание по звездам, существует огромное количество лекарств домашнего изготовления, которые якобы помогают при лечении опухолей, гипертонии, коронарной болезни и т. п. Использование таких псевдомедикаментов, или особых «амулетов», на фоне безусловно эффективных, научно проверенных средств, убивает больных, поверивших шарлатанам. Линия обороны против наступления лженауки проходит не только там, где внедряют (пытаются продавать) заведомо фальшивый товар. Рекламой медикаментов, бесполезных при конкретных болезнях, занимаются богатые фирмы. А им противостоит только мнение полунцих врачей. Силы неравны. Поэтому телевизионное время заполнено рекламой никчемных средств (нужные раскупают без рекламы). И никогда мы не слышим голоса научных работников. Важнейшую роль в борьбе с лженаукой должна играть издаваемая при самом активном участии Российской академии наук Большая Российская энциклопедия. Но там имеет место опаснейший религиозный крен, о недопустимости которого не раз уже говорилось. Планируются немалые статьи по гомеопатии, по «народной медицине». Эти понятия, в наш век молекулярного понимания патологии, соответственно, только молекулярно адресного создания лекарств, представляют архаически исторический интерес. Их можно упоминать, не забывая громадных кладбищ, которые они породили».

И еще один академик, Н.П. Бехтерева, через «Аргументы и факты» запугивает народ ужасной ко-

миссией РАН: «Сейчас неподходящее время, чтобы высказывать очень смелые мысли. Потому что в Академии наук есть Комиссия по лженауке». В начале 2002 г. группой авторов во главе с Бехтеревой в журнале «Физиология человека» была опубликована статья «О так называемом феномене прямого видения». Опыты ставились так, что возможность примитивного подглядывания не была полностью исключена, но авторы утверждают, что «альтернативное зрение осуществляется с помощью кожи». Итогом этой статьи явилась шумиха, поднятая в СМИ по поводу сомнительного феномена, преподносимого прессой как абсолютно достоверный факт, установленный академической наукой. Сама же Наталья Петровна заявила: «Этот феномен нами серьезно проверен» («Аргументы и факты». 2003. № 1—2). Более того, по результатам работы было составлено и отправлено Президенту страны письмо с предложением о необходимости внедрения метода обучения «альтернативному зрению» в спецслужбах? Эти работы так или иначе пересекаются с высказываемыми г-ном Мулдашевным представлениями о «третьем глазе», которые очень заинтересовали не только бывшего министра здравоохранения, но и вице-премьера В. Матвиенко.

Совершенно справедливо мнение академика Э.П. Круглякова, что все эти чудовищные аферы возможны лишь при участии высокопоставленных чиновников. Лженаука располагает сегодня огромными возможностями. Она начинает внедряться в сознание детей не только с помощью СМИ, но и используя авторитет учебников, преподавателей и академий. Ясно, что полностью уничтожить лженауку — задача нереальная. Но что-то можно предупредить, в частности, обезопасив юные мозги от тлетворных влияний.

по Интернету гулял
П. Воробьев



МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ

ПРИГЛАШЕНИЕ
внеочередное заседание

**«Соотношение пользы и риска
в назначении
кардиологических препаратов
в практике врача-терапевта»**

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

25 мая 2006 года
Начало в 17:00
Вход по приглашениям

**SCHWARZ
PHARMA**

SCHWARZ PHARMA AG
Россия, Москва, ул. Усачева 33/2, стр. 5
Тел. +7 495 9330282
Факс +7 495 9330283
www.schwarzpharma.com
www.medi.ru

ВАЗОНИТ® 600 мг ретард

Издательство
«НЬЮДИАМЕД»

*ищет дилеров
по продаже
научно-медицинской
литературы в регионах*
Предложения высылать на
e-mail: mtpndm@dol.ru
**Лушина
Людмила Витальевна**

Приглашение

**«Дисфункция
эндотелия.
Что можно
противопоставить?»**

31 мая 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ВНИМАНИЕ!!! НОВИЧКА!!!

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла книга авторов
Е.Е. Гогина, Г.Е. Гогина

**«Гипертоническая болезнь
и ассоциированные болезни системы
кровообращения: основы патогенеза,
диагностика, выбор лечения»**



В книге на основе многолетнего клинического опыта рассмотрены особенности течения гипертонической болезни — «эссенциальной» гипертонии, вариативной и изменчивой, но нозологически единой и патогенетически обособленной, освещен вклад отечественных терапевтических школ в изучение гипертонической болезни, проанализированы мировые достижения в разработке стандартов диагностики и лечения, успехи популяционной стратегии, обеспечившей ограничение пандемии артериальной гипертонии, развитие активных методов помощи при сопутствующей ей ишемической болезни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в социально стабильных странах. Рассмотрены возможности эхокардиографии в объективизации изменений сердца и задачи раннего установления симптоматических (монопатогенетических) гипертоний. Большое место в книге отведено лечению гипертонической болезни — стандартному гипотензивному и индивидуально оптимизированному в соответствии со стадией и проявлениями болезни, сочетающему базисную патогенетическую терапию с курсовой симптоматической, которые обеспечивают вторичную профилактику осложнений.

Книга предназначена терапевтам, кардиологам, студентам и преподавателям медицинских вузов и биологических факультетов университетов.

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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