



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Апрель 2005

№ 6

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

В первые дни нового года Правительство Москвы рассматривало результаты диспансеризации горожан в 2002—2004 гг. (см. «Московская правда» 12.01.05 и др.). Доложено, что осмотры проводили мужчинам и женщинам всех возрастов, в том числе более 2 млн детей до 14 лет и 700 тыс. подростков. Отклонения в состоянии здоровья выявлены у 62% детей и 65% подростков. Среди болезней юных москвичей преобладают заболевания органов дыхания, сохраняется тенденция ежегодного прироста числа детей с этими болезнями, что приписывается «крайне неблагоприятной экологической обстановке в столице».

Докладывавшие специалисты призвали к кардинальному улучшению экологической ситуации в Москве, ибо остановить рост числа больных детей не удастся, даже проводя тотальные диспансеризации. С гордостью докладчики утверждали, что Москва — единственный город в России, где уцелела программа диспансеризации населения. Как точно знает комиссия Мосгордумы по здравоохранению: «Известно, что гораздо дешевле предотвратить развитие болезни, чем ее потом лечить». По мнению комиссии по здравоохранению, именно то, что столица продолжает находить деньги на диспансеризацию, позволяющую обеспечить раннюю диагностику болезни, начало приносить первые плоды. Наметилась тенденция к увеличению доли детей первой группы здоровья (практически здоровые): в 2002 г. 36,8%, в 2003—2004 гг. — 38,1%.

Специалисты НИИ (Института детских болезней, НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков) утверждают, что практически здоровых детей менее одного процента. На чем они основываются? Да на некоей строгой статистике по результатам тотальной диспансеризации в нескольких школах Москвы. Откуда может взятая такая статистика? Из обработки результатов диспансеризации она взятая не может. Во-первых, потому, что диспансеризация — это не осмотр раз в год. Это нечто большее, кто не знает — прочтите учебник. Если же говорить о пресловутых осмотрах раз в год, которые периодически прово-

дятся как национальные кампании, то их результаты, вероятно, просто фальсифицированы. Врачи поликлиник эти осмотры не проводят, в лучшем случае берут данные из амбулаторных карт, в худшем — заполняют таблицы, пососав палец. Осуждать их за это нельзя. Они люди, твердо стоящие на земле, и интуитивно по-

осмотров, которая сделала бы результаты осмотров сопоставимыми. Нет стандартного списка методов, что должны применяться при осмотрах, нет диагностических критериев ранних проявлений заболеваний. Например, сравнивать диагностику болезней сердца при применении ультразвуковой техники с диагностикой без таковой — безумие. Но происходит именно это или примерно это. А разница выдается за «динамику» состояния здоровья населения.

Зачем это нужно? Всероссийская диспансеризация детей была политическим действием, назначенным показать заботу «партии» о народе. На нее не дали ни копейки, а получили такой феноменальный результат болезненности, который до сих пор никто не видел.

Но зачем это нужно московскому правительству? Неужели для того же? Вряд ли. Дети совсем неплохо обеспечены в Москве, и имитировать заботу нет особой необходимости. Есть много медицинских проблем у жителей Москвы, еще не решенных — противопневмококковая и противогриппозная вакцинация старикам, обеспечение их протезированием тазобедренного сустава — список огромен! Почему же комиссия Мосгордумы по здравоохранению занимается диспансеризацией? Зачем это нужно руководителям педиатрии? Вот тут есть предположение. Вероятно, они таким образом де-

монстрируют свою необходимость. Циничное, но вполне жизненное правило

гласит: люди могут не потратить деньги на свое лечение, но потратят на лечение собаки и, иногда, на ребенка. Если объявить всех детей больными, то ПЕДИАТР расправляется до национальной важности, до фигуры главной величины в защите стратегических интересов Отечества. И соблюдает свой личный и корпоративный интерес. А то, что он книжек не читает и составляет бессмысленные таблицы, так это ведь не всем понятно...

В. В. Власов,

РГНИЦ Профилактической Медицины

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

### Воображаемые результаты

нимают, что пользы от этой кампании все равно нет.

Они, конечно, могут ошибаться, как это бывает, когда они назначают пирасетам, эссенциале и проч. Однако с ежегодными осмотрами они правы. Нет никаких доказательств пользы тотальных осмотров раз в год. Конечно, соображения о пользе ранней диагностики выглядят почти также убедительно, как относительно того, что лучше быть богатым и здоровым, чем бедным и больным. Но соображения по аналогии никак не доказывают полезности медицинских вмешательств. Не существует доказательств того, что ранняя диагностика всегда лучше, чем обычная — при обращении человека за помощью в связи с заболеванием. Применительно к отдельным болезням доказано, что ранняя диагностика полезна.

Применительно к другим показано, что бесполезна, относительно большей части болезней медицинская наука не знает сведений о полезности.

Все построения статистических таблиц по результатам ежегодных осмотров не имеют смысла, поскольку не существует стандартизированной методики ежегодных



### безумных усилий

Применительно к отдельным болезням доказано, что ранняя диагностика полезна. Применительно к другим показано, что бесполезна...

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

### 10-летие журнала

### «КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»



От первого мгновения до...

Девятого февраля 2005 года при большом стечении народа торжественно отмечали десятилетний юбилей журнала «Клиническая геронтология». Вел заседание академик Н. А. Мухин. На пленарном заседании МГНОТ с отчетным докладом выступил главный редактор журнала проф. П. А. Воробьев. По его мнению, главным достижением за прошедший период стало становление в нашей стране геронтологии и гериатрии как научных специальностей, вместе с тем место клинициста — гериатра в системе здравоохранения до сих пор неоднозначно. По всей вероятности гериатр должен занять пустующую пока нишу врача-координатора, работающего не только с больным пожилым возрастом, но и

с врачами, курирующими те или иные проблемы больного, медицинским и социальным персоналом, осуществляющим уход за этим человеком. Гериатр выстраивает долгосрочную программу помощи, учитывая факторы, позволяющие говорить о диагнозе «пожилой»: полиморбидность, органная недостаточность, ограничения функций, социальная дезадаптация из-за одиночества, физических или ментальных проблем.

Развивая тему перспектив гериатрии, автор коснулся современного положения системы здравоохранения, ее проблем, связанных с консервацией прежних, сложившихся более 50 лет назад отношений в паре врач-пациент, бюрократических и профессиональных моделей управления, занимавших доминирующее место в прошедшие годы. Изменения в стране и в мире, стремительное развитие новых медицинских технологий, буквально переворачивающих прежние стереотипы в отношении тех или иных клинических вопросов, понимание

того, что нередко самые простые методы, примененные в нужное время и в нужном месте, могут оказаться не менее эффективными, чем самые изощренные, дорогостоящие операции. Например, правильный подологический уход: стрижка ногтей, устранение мозолей, исключение потертостей от ношения неправильной обуви уменьшает риск развития осложнений «диабетической стопы» ничуть не меньше, чем «сосудистые» лекарства и ангиологические операции.



В президиуме цветы

(Продолжение на стр. 2)

(Начало на стр. 1)

Выступившие оппоненты пытались найти ответ на сакраментальные вопросы современной медицины: где предел стандартным, рутинным технологиям и начало медицинского творчества, клинического искус-

ства, как сочетать высочайший профессионализм с широкими потребностями в простых технологиях? Как поддерживать и развивать медицину в условиях финансового голода — или «не в деньгах счастье»? Каково место и роль общественных профессиональных организаций, благотворительных обществ, частных медицинских организаций в развитии гериатрии? Главная задача доклада, и это было высказано выступающим, — обозначить вектор движения, а не указать правильный путь. Как сказал А. Галич — «...бойтесь того, кто скажет: «Я знаю, как надо»».



На первых рядах — виновники торжества



Может быть...

На пленарном заседании почти в полном составе присутствовало Правление МГНОТ, члены редколлегии журнала, редакционного совета. На заседание приехали гости из Санкт-Петербурга, Смоленска, Ярославля, из многих городов пришли поздравительные телеграммы. Большинство присутствующих за эти годы стало авторами журнала, портреты постоянных авторов помещены на 1-й странице юбилейного номера. Были высказаны теплые слова в адрес директора издательства «Ньюдиамед» В. А. Булановой, все эти годы самоотверженно создававшей журнал, организующей и коор-



Питерцы бывшие и нынешние

динующей деятельность редколлегии, научных секретарей, рецензентов, типографий, Роспечати и других распространителей. С 2004 года журнал «Клиническая геронтология» стал печатным органом Научного медицинского общества геронтологов и гериатров.

После заседания гости, члены Правления МГНОТ, редколлегии журнала пообщались в неформальной обстановке студенческого кафе анатомического корпуса на Моховой, в котором многие питались сосисками и пюре в годы своей студенческой молодости на начальных курсах. Как это ни парадоксально, ностальгических воспоминаний фуршет не вызвал.



Позвольте не согласиться...

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

### ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 12 мая 2004 г.

Председатель: академик А. И. Воробьев  
Секретарь: к. м. н. Е. Н. Кочина

Повестка дня:

1. Проф. В. А. Оленева (ГУ НИИ питания РАМН).  
Современные подходы к комплексному лечению ожирения.

Ожирение относится к болезням цивилизации: гиподинамия, рафинированное избыточное питание с большой долей животных жиров. По прогнозам ВОЗ к 2030 г. количество больных ожирением во всем мире удвоится. По данным статистики, в Российской Федерации страдают ожирением и избыточным весом около 40% населения, а примерно у 2–4% взрослого населения оно принимает формы опасные не только для здоровья, но и жизни пациентов (морбидное ожирение). Даже незначительная избыточная масса тела увеличивает вероятность заболевания. С избыточным весом отчетливо связана частота развития артериальной гипертонии, атеросклероза и ишемической болезни сердца, сахарного диабета II типа, заболевания опорно-двигательного аппарата — остеохондроз позвоночника, полиостеоартрозы, болезни гепатобиллиарной системы, нарушения функции дыхательной системы (апноэ, пиквикский синдром и др.), нарушения менструально-овариальной функции и бесплодие.

Патогенетические механизмы ожирения сводятся к нарушению регуляции баланса энергии, выражающемуся в превышении прироста энергии над ее расходом; нарушению межклеточного обмена в смысле повышенной способности к образованию жира главным образом из углеводов и отложением его в жировые «депо»; в затруднении мобилизации жира из тканей.

Наиболее широко распространенным показателем оценки степени ожирения является индекс массы тела (ИМТ = масса тела (кг)/рост (м)<sup>2</sup>). Ожирение I степени соответствует ИМТ 28 и выше, ожирение IV степени — ИМТ более 50.

ВОЗ сформулировала направления борьбы с ожирением, включающие диетотерапию, физическую активность, изменение стиля жизни, фармакотерапию. Предлагается соблюдение сбалансированных редуцированных по калорийности диет (1200 ккал), включающих как можно большее количество продуктов растительного происхождения, введение в рацион балластных веществ (отруби, растительная клетчатка, хлеб грубого помола), а также включение молочных продуктов, овощей и фруктов, биофлавоноидов, витаминов, минеральных веществ и других минорных компонен-

тов пищи. При этом мясо и мясные продукты с высоким процентом содержания жира заменяются на рыбу нежирных сортов или птицу.

Постулируется диетическое приготовление пищи на пару или в отварном виде. В диете сокращается квота соли и сахара, исключается алкоголь. Помимо диеты большим разряжается важность коррекции пищевого поведения, а также необходимость повышения физической активности как средства борьбы с гиподинамией. При необходимости привлекаются медикаментозные средства, влияющие на пищевой центр, всасывание жира, а также биологически активные добавки направленного действия.

Используя алгоритм обследования больных ожирением, изучение пищевого и метаболического статуса больного, мы подошли к разработке индивидуальных рекомендаций по функциональной и реабилитационной диетологии.

**Вопросы докладчику:**

*Проф. Р. М. Заславская:* «Какое отношение Института питания к разгрузочным дням?»

*Ответ:* «Положительное, но первым этапом идет диета. Мы применяем сытные разгрузочные дни (мясные, творожные), т. е. не вызывающие чувства голода, и жесткие (овощные, кефирные, яблочные). Предел снижения калоража — 300 ккал в сутки»;

*Академик А. И. Воробьев:* «Используете ли вы полный голод?»

*Ответ:* «Сравнивая редуцированные диеты и полное голодание, мы пришли к выводу, что применение редуцированных диет дает меньше осложнений и более стабильные результаты»;

*Вопрос:* «Как вы относитесь к похуданию по системе «гемокод»?»

*Ответ:* «Ни одно научное учреждение этим не занимается»;

*Вопрос:* «Изучался ли иммунный статус больных с ожирением?»

*Ответ:* «Специально в нашем учреждении мы этим не занимались»;

*Проф. Е. А. Лукина:* «Всем ли пациентам стоит давать рекомендации по ограничению жидкости?»

*Ответ:* «Мы — сторонники ограничения жидкости, но не менее 1 литра в сутки. Однако в каждом конкретном случае необходимо выяснить, есть ли риск тромботических осложнений»;

2. К. м. н. Ю. В. Хрущева (ГУ НИИ питания РАМН).  
Особенности обмена веществ у больных ожирением, осложненным сахарным диабетом.

Исключительно важным медико-социальным и экономическим аспектом проблемы больных ожирением в сочетании с сахарным диабетом II типа является развитие сердечно-сосудистых осложнений, при-

водящих к ранней инвалидизации и преждевременной смертности лиц трудоспособного возраста.

В иницировании сердечно-сосудистых осложнений у данного контингента больных наряду с абдоминальным ожирением, гипергликемией, гиперинсулинемией, дислипидемией, артериальной гипертонией, нарушениями фибринолиза особую роль играет окислительный стресс.

В комплексе лечебных мероприятий данного контингента больных основополагающая роль принадлежит диетотерапии, которая базируется на принципах индивидуальной потребности и строгого энергетического контроля рациона, количества и качества белка, жиров, углеводов, пищевых волокон, адекватного содержания витаминов, макро- и микроэлементов. Основными целями диетологических мероприятий являются коррекция массы тела, улучшение показателей гликемического контроля, липидных показателей крови, оптимальное обеспечение макро- и микронутриентами, снижение риска сердечно-сосудистых осложнений, улучшение качества жизни пациентов.

В свете последних данных клинических исследований антиоксиданты оказывают поливалентное воздействие на различные показатели обмена, проявляя наряду с выраженным антиоксидантным действием гипогликемический, гипотензивный и гиполлипидемический эффекты, что обусловлено общностью и взаимосвязанностью патогенетических механизмов, приводящих к развитию метаболических нарушений.

Подтверждением этому служат и результаты собственных клинических исследований, которые продемонстрировали высокую эффективность комплексной диетотерапии с использованием природных антиоксидантов в коррекции метаболических нарушений и основных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у больных ожирением в сочетании с сахарным диабетом II типа.

**Вопросы докладчику:**

*Проф. Р. М. Заславская:* «Что менялось в клинической симптоматике у ваших пациентов? Снизилось ли число инфарктов?»

*Ответ:* «У нас не было пациентов с острым инфарктом миокарда. На фоне диетотерапии по мере снижения массы тела мы наблюдали снижение уровня артериального давления, уменьшение частоты приступов стенокардии, а также увеличение толерантности к физическим нагрузкам, уменьшение зуда, частоты мочеиспускания»;

*Вопрос:* «Изучали ли уровень лектина у данной группы пациентов?»

*Ответ:* «По данным литературы наблюдается гиперлектинемия у большинства больных сахарным диа-

(Продолжение на стр. 3)

бетом II типа и ожирением. Но в задачи конкретного исследования определение уровня лектина не входило»;

**Проф. Е. А. Лукина:** «По каким критериям вы оценивали эффективность антиоксидантной терапии?»

**Ответ:** «Для оценки эффективности антиоксидантной терапии мы использовали содержание продуктов перекисного окисления липидов, антиоксидантов (витамины E и C) и активность ферментов (супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы). Кроме того, мы использовали интегральные показатели: антиоксидантный индекс ферментов, антиоксидантный индекс перекисного окисления липидов, общий антиоксидантный индекс. Активность ферментов определяли в эритроцитах, содержание продуктов перекисного окисления липидов — в плазме и эритроцитах»;

**Вопрос:** «Изучалась ли свертывающая система у пациентов?»

**Ответ:** «Нет»;

**Вопрос:** «Где проводится контроль качества пищевых добавок?»

**Ответ:** «В сертификационном центре (отделе) при Институте питания РАМН»;

**Вопрос:** «Как пищевые добавки взаимодействовали с другими лекарственными препаратами, принимаемыми пациентами?»

**Ответ:** «Нами не зафиксировано снижение эффективности лекарственных препаратов»;

**Дискуссия:**

**Проф. Р. М. Заславская:**

«Сегодняшнее заседание посвящено проблемам, с которыми мы сталкиваемся ежедневно. Чаще мы имеем метаболический синдром X (артериальная гипертония, ожирение, сахарный диабет), много осложнений. В нашей клинике мы проводили исследование динамики биохимических, морфофункциональных показателей у пожилых больных с постинфарктным кардиосклерозом, сердечной недостаточностью. Огромное количество лекарств оказывают антиоксидантный эффект. И этот эффект коррелирует не только с биохимическими показателями антиоксидантной ферментативной активности, но и с клиническими проявлениями — частотой и продолжительностью ангинозных приступов, количеством потребляемых таблеток нитроглицерина.

Пациенты с метаболическим синдромом X обязательно должны обследоваться на предмет состояния свертывающей и фибринолитической систем. Мы очень часто сталкиваемся с гиперкоагуляционным, а порой и с ДВС-синдромом у таких пациентов».

**Проф. Е. А. Лукина:**

«На сегодняшний день нет критериев эффективности препаратов, о которых рассказывал докладчик. Стандартное лечение основного заболевания само по себе могло повлиять на изменение антиоксидантных показателей. Не следует забывать о том, что у большей половины пациентов с ожирением — стеатогепатит. У них снижена дезинтоксикационная функция печени, изменен обмен железа и меди. В частности, по данным ГНЦ РАМН, у таких пациентов повышен уровень меди в крови. Набор тяжелых металлов, входящих в состав антиоксидантных препаратов, вряд ли будет полезен таким больным.

Неверен подход по ограничению жидкости, как правило, у них есть дополнительный фактор тромбофилии — атеросклероз».

**К. м. н. Т. В. Шишкова:**

«Конечно, хотелось бы сегодня услышать конкретные рекомендации для пациентов, письменные разработки. В поликлинических условиях на больного приходится 15 минут, чаще врач ограничивается рекомендациями меньше есть и больше двигаться. Несколько лет назад мне попала книга французского диетолога Мартиньяка. Весь двадцатый век диетологи работали под девизом: «физическая нагрузка снижает вес». Современное человечество живет в условиях эндогенных гипогликемий. Тот, кто в руках «держал» больных сахарным диабетом, вводил сам инсулин, делал эти гипогликемии, знает, как быстро развивается ожирение. Все рекомендации Мартиньяка можно свести к одной фразе: «Без сладкого, без жиров (животных), без хлеба, без картошки. Плюс витамины и минеральные добавки». Эти рекомендации опробованы на себе. Как только вы прекращаете есть сладкое — нет чувства голода. К еде развивается если не отвращение, то равнодушие. Вес быстро снижается. Дело не только во внешнем виде, легче суставам»;

**Заключение председателя:**

«Докладывал институт, который работает в этой области многие десятилетия. Эти работы начались со времен создания института — Молчанов, Певзнер, Гордон, Лимчер. Тема поднята очень актуальная. Спасибо за сообщение!»

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО  
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
от 26 мая 2004 г.**

**Председатель:** академик А. И. Воробьев  
**Секретарь:** к. м. н. Е. Н. Кочина

**Повестка дня:**

**1. Проф. А. Л. Сыркин (ММА им. И. М. Сеченова). Немая ишемия миокарда и новые ишемические синдромы.**

Безболевая (точнее, «немая») ишемия миокарда встречается значительно чаще, чем это обычно предполагают практические врачи. Между тем известно, что даже инфаркт миокарда может протекать бессимптомно, и лишь впоследствии при случайном снятии ЭКГ регистрируются постинфарктные изменения. Наиболее опасен вариант течения ИБС, когда имеется только немая ишемия, а какие-либо клинические симптомы полностью отсутствуют.

Диагностика немой ишемии целиком основана лишь на инструментальных методах исследования, из числа которых обычно используют нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмил) и холтеровское мониторирование ЭКГ. Большое значение придается ранней постинфарктной немой ишемии, которая, как и ранняя постинфарктная стенокардия, является неблагоприятным прогностическим признаком и требует, по возможности, проведения коронароангиографии для выбора дальнейшей тактики лечения. Прогностическое значение немой ишемии не отличается от такового при стенокардии.

Лечение немой ишемии представляет большие трудности, поскольку единственным методом оценки эффективности терапии является проведение повторных нагрузочных тестов или — с меньшей достоверностью — холтеровское мониторирование ЭКГ. Применяется весь спектр антиангинальной терапии. Однако при оценке результатов необходимо иметь в виду общеизвестные ограничения в оценке депрессии сегмента ST-T, связанные с полом и возрастом (наименьшая достоверность у молодых женщин).

В докладе были также обсуждены новые ишемические синдромы: «прекондиционирование», а также «спящий» и «оглушенный» миокард. Показано значение выявления жизнеспособного миокарда для решения вопроса об инвазивном и хирургическом лечении.

**Вопросы докладчику:**

**к. м. н. Т. В. Шишкова:** «Бывают ли «ложноположительные» результаты нагрузочных тестов у пожилых людей?»

**Ответ:** «У мужчин старше 60 лет практически нет, но в среднем возрасте встречаются. Проведение стресс-эхо может различить их».

**2. Клиническая демонстрация.**

Аспирантом З. К. Гайтукиевой был продемонстрирован больной, у которого спустя несколько месяцев после перенесенного инфаркта была выявлена немая ишемия миокарда, что потребовало более активного медикаментозного лечения с положительным эффектом.

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО  
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
от 20.05.2004 г.**

**Сопредседатели секции:** главный кардиолог МЗ РФ, член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю. Н. Беленков; проф. В. А. Сандриков; проф. М. Г. Глезер  
**Секретарь:** к. м. н. Л. А. Положенкова

**Тема:** «Нужны ли нитраты?»

Заседание открыл Ю. Н. Беленков: тема на первый взгляд банальная, но обсудить ее необходимо. Миллионы людей страдают ИБС и нуждаются в лечении, прежде всего нитратами. Однако следует помнить, что во всем нужна мера, чтобы не повторить историю, которая произошла с сердечными гликозидами. В свое время «перегнули палку» с сердечными гликозидами, их назначение снизили до 18%, лишь только в последние годы эта цифра выросла до 50%, в США она составляет 85%. Необходимость широкого использования сердечных гликозидов не подлежит сомнению.

**1. Проф. Марчевич С. Ю. (ГНИ Центр профилактической медицины МЗ РФ).**

Нитраты продолжают занимать первое место по частоте назначения среди других сердечно-сосудистых средств. Ав-

(Продолжение на стр. 4)

**ИнтерНьюс**

**Прогноз у молодых (до 45 лет) инсультных пациентов далеко не всегда благоприятен: у одной трети развиваются те или иные осложнения.**

По мнению доктора К. Недельчева и его коллег (Университетская Клиника Берна, Швейцария), укоренившееся представление о том, что у молодых выше вероятность выжить и восстановиться после инсульта, не совсем верно. Однако у молодых больных инсульт сильнее ухудшает качество жизни и нередко лишает семью основного кормильца. Стремясь выявить предикторы прогноза и повторного инсульта среди молодых больных, ученые проанализировали данные 203 пациентов 16–45 лет, перенесших ишемический инсульт. Определялись тяжесть инсульта, его подтип и этиология, а также клинические исходы спустя 3 месяца с помощью модифицированной шкалы Rankin (0–1 балл — благоприятный исход, 2–6 баллов — неблагоприятный исход).

Через 3 месяца исход был благоприятным у 68% участников, неблагоприятным — у 29%; 3% участников умерли. За 26 месяцев наблюдения было зарегистрировано 13 нефатальных инсультов, 2 фатальных инсульта и 6 транзиторных ишемических атак. Выраженный неврологический дефицит при поступлении, тотальное поражение передней мозговой артерии, сахарный диабет являлись независимыми предикторами неблагоприятного исхода. Предиктором повторного инсульта была транзиторная ишемическая атака в анамнезе.

**Источник:** J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2005; 76: 191–5.

**Зубной налет — источник пневмонии!**

Поддержание чистоты ротовой полости является не только неотъемлемым компонентом правил личной гигиены, но и... эффективным средством профилактики воспаления легких у пожилых и стариков, а также страдающих тяжелыми неизлечимыми заболеваниями пациентов. Развитие воспаления легких у данной категории больных особенно опасно, поскольку может явиться триггером фатального исхода.

Американские ученые установили, что содержащиеся в зубном или протезном налете бактерии являются наиболее частой причиной развития воспаления легких у пациентов с ослабленной иммунной системой. Об этом было сообщено в одном из ноябрьских номеров журнала Chest.

Что касается методов поддержания чистоты в ротовой полости, то они известны всем с раннего детства — это регулярная (не менее двух раз в сутки) чистка зубов или протезов зубной щеткой и нитью, а также полоскание рта антисептическими растворами. Проблема лишь в том, что многие пациенты не могут выполнять эти процедуры сами, а потому эта задача перекладывается на медицинский персонал, осуществляющий уход за ними.

**Источник:** The Associated Press, December 2, 2004.

**В журнале «The New Scientist» и в «Addictive Behaviours» опубликованы исследования ученых из Абердинского университета (Шотландия), согласно которым курение табака медленно, но верно снижает IQ.**

Исследователи в 1947 г. определяли коэффициент интеллектуальности у 465 добровольцев (в то время им было 11 лет). В 2002 г. исследование повторили (испытуемым «стукнуло» по 64). Половина обследованных курила, а другая половина волонтеров не курила. Установлено, что у курильщиков показатели IQ были достоверно ниже, чем у некурящих.

С учетом действия фактора образования, работы и уровня потребления алкоголя курение само по себе снижает интеллект примерно на 1%.

Профессор Абердинского университета Лоуренс Вэйли, который возглавлял проведение исследования, пока затрудняется объяснить причины такого «поглощения» вследствие табакокурения.

**Источник:** Русмедикалгрупп

**КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ**

- ❖ Научно-практический медицинский журнал. Выходит с 1995 г.;
- ❖ Предназначен для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста;
- ❖ Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными вопросами, организации здравоохранения, этическими вопросами, законодательством;
- ❖ Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах.

**Наш адрес: 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4. ГКБ № 7**  
**Тел./факс: (095) 118-74-74, E-mail: mtrndm@dol.ru, www.zdrav.net, www.zdravkniga.net.**  
**Индекс журнала 72767 по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»**

## ИнтерНьюс

**Доступность катетеризации сердца не обязательно улучшает выживаемость среди больных, госпитализированных с подозрением на острый коронарный синдром.**

Хотя, по данным рандомизированных испытаний, инвазивная стратегия достоверно снижает частоту повторных ишемических событий, но аналогичного снижения смертности при этом не наблюдается. Д-р Франс Ван де Верф и его коллеги (Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg, Leuven, Бельгия) решили исследовать влияние доступности катетеризации сердца на клинический исход у 28825 больных из 14 стран. Все участники госпитализировались с подозрением на острый коронарный синдром в период с апреля 1999 г. по март 2003 г. Все пациенты были включены во всемирный проспективный регистр GRACE. Большинство (77%) поступало в клиники с имеющимся подразделением, осуществляющим катетеризацию. Это закономерно ассоциировалось с более частым выполнением чрескожных коронарных вмешательств (41% против 3,9%) и коронарного шунтирования (7,1% против 0,7%). Однако риск ранней смертности (внутрибольничной и 30-дневной) не зависел от наличия или отсутствия в клинике возможности катетеризации. Более того, риск 6-месячной смертности был достоверно выше как раз у больных, поступавших в клиники с возможностью катетеризации — отношение рисков 1,14. Это же относилось и к риску внутрибольничных геморрагических осложнений (отношение рисков 1,94) и инсульта (отношение рисков 1,53).

Полученные результаты поддерживают действующую в настоящее время стратегию скорейшей госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом в ближайшую клинику, независимо от наличия в ней возможности катетеризации. Нет данных о целесообразности ранней транспортировки таких больных в региональные специализированные интервенционные центры.

**Источник:**  
BMJ 2005; online first.

**По данным нового мета-анализа, повышенное потребление клетчатки может предотвращать развитие гипертонии.**

По данным обсервационных исследований и клинических испытаний, клетчатка, содержащаяся в продуктах питания, может снижать уровень артериального давления, пишут д-р Мартинет Стрепел и ее коллеги (Университет Wageningen, Нидерланды) в новом выпуске Archives of Internal Medicine. Авторы проанализировали результаты 24 рандомизированных, плацебо-контролируемых клинических испытаний, опубликованных в 1999–2003 гг. Оказалось, что дополнительный прием клетчатки (в средней дозе 11,5 г/сут) снижал систолическое артериальное давление на 1,13 мм рт. ст., диастолическое — на 1,26 мм рт. ст. Наиболее выраженным снижением артериального давления было среди лиц старше 40 лет. По данным мультивариационного анализа, потребление клетчатки достоверно снижало лишь уровень систолического артериального давления. Наблюдалась тенденция к большему снижению артериального давления у гипертоников, однако после поправки на возраст (средний возраст 57 лет против 47 лет у нормотензивных лиц) она утратила статистическую достоверность.

Ученые отмечают, что такое потребление клетчатки, 15 г/сут, составляет лишь половину от рекомендуемой Американской Кардиологической Ассоциацией величины (25–30 мг/сут с продуктами питания). Несмотря на, казалось бы, слабый гипотензивный эффект, увеличение потребления клетчатки может способствовать снижению распространенности гипертонии на популяционном уровне.

**Источник:**  
Arch. Intern. Med. 2005; 165: 150–6.

(Начало на стр. 3)

тор представил классификацию нитратов, механизм действия, обоснованность их назначения (прежде всего быстрое купирование приступа стенокардии), обратил внимание на проблемы, которые сопряжены с лечением нитратами (головные боли, развитие привыкания и др.), перечислил противопоказания к их назначению (они в основном относительные). Особый акцент был сделан на то, как влияют нитраты на прогноз заболевания. Клинические наблюдения показывают, что нитраты уменьшают смертность больных с ИБС. Однако этот факт подтверждения на уровне современных методов медицины доказательств пока не имеет. В тех случаях, когда терапия β-адреноблокаторами противопоказана, нитраты можно считать препаратом выбора. Разнообразие лекарственных форм нитратов, особенно пролонгированного действия (моонитраты, динитраты), дают возможность их назначать дифференцированно.

**2. Проф. Савенков М. П. (РГМУ им. Н. И. Пирогова).**

Нужны ли нитраты? — однозначно нужны, но только в комбинации с другими препаратами (иАПФ, β-адреноблокаторами и др.). Нитраты — это фармакологический скальпель, которым врачи должны уметь управлять.

**3. Семенов Д. П. (ГКБ № 59 — зав. отд. кардиореанимации).**

«Блокаторы АТ1-рецепторов и статины в лечении больных с острым инфарктом миокарда».

В настоящее время нитраты применяются при остром инфаркте миокарда в 90% случаев, эффект известен. На прогноз в таких случаях они не влияют. В то же время при сочетании нитратов с иАПФ и статинами прогноз значительно улучшается и летальность уменьшается.

**4. Проф. Постников А. А. (ГНЦ РАМН)**

«Плазмаферез при стенокардии».

В докладе приведены многочисленные клинические примеры многолетних собственных наблюдений автора по лечению больных ИБС с приступами стенокардии плазмаферезом: больные с ИБС, принимавшие до 10–20–40 таблеток нитроглицерина в сутки, после плазмафереза уменьшали дозу до 1 таблетки. Следовательно, делает автор вывод, плазмаферез в какой-то степени является альтернативой нитратам.

**Комментарий Ю. Н. Беленкова:** большого ИБС и нестабильной стенокардией (болевы приступы до 20 раз в сутки) направлять на плазмаферез нецелесообразно, ему показана реваскуляризация.

**Прения.**

**Проф. М. Г. Глезер** осветила экономический аспект, касающийся нитратов — сколько стоят различные препараты.

**Проф. Ф. Т. Агеев** обратил внимание присутствующих на необходимость лечения больных нитратами, но подходить к их назначению следует строго дифференцированно. Так, например, если сердечная недостаточность осложняет течение ИБС с тяжелыми приступами стенокардии, то нитраты необходимы, но их следует сочетать с иАПФ, β-адреноблокаторами, диуретиками и т. д.

**Вопросы к докладчикам.**

**Вопрос к проф. Марцевичу С. Ю.:** «Как Вы относитесь к препарату изосорбид-5-моонитрат?»

**Ответ:** «Положительно, быстро наступает эффект, предупреждает развитие приступов стенокардии, толерантность к препарату отсутствует за счет сохранения безнитратного промежутка».

**Вопрос к проф. Глезер М. Г.:** «Есть ли сезонные колебания в покупках нитратов?»

**Ответ:** «Сведения аптек даны за год в целом, данных за сезон нет».



**Вопрос к проф. Постникову А. А.:** «Сколько стоит один плазмаферез?»

**Ответ:** «Очень недорого, но точную цифру затрудняюсь дать».

**Заключение председателя.**

Обратил внимание всех участников заседания на то, что была обсуждена одна из очень важных проблем кардиологии — лечение больных ИБС нитратами. Нитраты остаются высокоэффективными антиангинальными препаратами, способными существенно улучшать состояние больных с ИБС, предупреждать развитие приступов стенокардии. Эти препараты следует комбинировать с другими, такими, как иАПФ, β-адреноблокаторы и т. д. Разнообразие лекарственных форм нитратов позволяет подобрать каждому больному индивидуальную схему лечения, используя максимум их терапевтического эффекта, и свести к минимуму побочные действия, которые у них еще имеют место.

### ОТЧЕТ О РАБОТЕ СЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ МГНОТ ЗА ПЕРИОД с апреля 2003 г. по февраль 2005 г.

За отчетный период было проведено 16 заседаний секции клинической геронтологии и гериатрии МГНОТ. Серия докладов была посвящена проблемам хронофармакологии и хронотерапии пожилых больных, страдающих ИБС, артериальной гипертонией, хроническими обструктивными заболеваниями легких, антиангинальными препаратами (дилтиазем пролонгированного действия, азосорбит-5моонитрат). Два доклада были посвящены вопросам диагностики и терапии безболевой ишемии миокарда при сахарном диабете II типа у пожилых больных с использованием моно мака по принципам хронотерапии. Специальный доклад был посвящен эффективности плазмафереза у пожилых больных с постинфарктным кардиосклерозом и сердечной недостаточностью. Были также представлены сообщения о влиянии небулайзерной терапии и антиоксидантной защиты на показатели функции внешнего дыхания, гемодинамики и их хроноструктуру, а также материалы о времязависимых эффектах эуфилина и беротека у пожилых больных с ХОБЛ. Кроме этого, были представлены данные о фармакоэкономических аспектах традиционной и хронотерапии ингибиторами АПФ у пожилых больных артериальной гипертонией, анализ которых свидетельствовал о преимуществах хронотерапии (по показателям эффективности и стоимости лечения). Отдельные сообщения касались проблем урологических заболеваний в гериатрии, больших эозинофилий крови, оппортунистических инфекций, метаболической коррекции морфофункциональных и биохимических нарушений у пожилых больных с постинфарктным кардиосклерозом и недостаточностью кровообращения, остеопороза, особенностей гипотериоза у пожилых, а также музыкотерапии в комплексном лечении пожилых больных. Докладчики: Р.М. Заславская, проф. Л.Я. Рожинская, проф. Ф.А. Вилковский, проф. В.Г. Нестеренко, проф. Л.М. Горилковский, проф. С.В. Шушарджан, к.м.н. Г. В. Векленко, к.м.н. Г.В. Лилица, к.м.н. Л. Д. Гриншпун, к.м.н. Г.С. Дильмагамбетова, врачи Э.А. Щербань, Т.Г. Вязникова и Б. Айтмагамбетова, интерн ММА О.А. Овчинникова.

*Председатель секции  
профессор Р.М. Заславская*

### Антиреклама

Начиная с сентября 2004 г. в Российских СМИ (Аргументы и Факты № 42, 2004, Экономика и Жизнь 30.09.2004, Коммерсант 05.10.2004 и Комсомольская правда от 03.03.2005) публикуется реклама «чудодейственного» противоракового средства В..., якобы разработанного выходцами из России, ныне работающими в медицинских учреждениях в Израиле. Распространением этого средства и сбором денег за его использование (77 500 рублей!) за один курс) занимается фирма «И...ТЕСТ», имеющая лицензию на подбор диеты по анализу крови (лицензия на Медицинскую Деятельность Комитета Здравоохранения Правительства Москвы МДКЗ № 14779/6238). Авторы рекламы утверждают, что по анализу «частотной структуры белков плазмы крови больного» подбирается индивидуальный «информационно-гомеопатический комплекс», обеспечивающий 100% (!) исцеление любого онкологического заболевания.

Начнем с того, что 100% исцеление онкологических заболеваний невозможно в принципе, а термин «частотная структура белка» отсутствует в терминологии молекулярной биологии и онкологии, как не имеющий никакого научного смысла. То же можно сказать и о термине «информационно-гомеопатический комплекс» — такого понятия нет как в гомеопатии, так и в аллопатии. В первых публикациях невнятно сообщалось, что препараты прошли испытания в клиниках при Иерусалимском Университете. Онкологи клиник «ИХИЛОВ», «ТЕЛЬ-А-ШОМЕР» и Иерусалимского Университета установили, что лаборатории «BIOGENIUS» в Израиле не существует и испытания обсуждаемого комплекса нигде не проводилось. Проверкой занимался проф. А. Демидов, работающий в Израиле. Его результаты можно прочесть на Интернет-сайте [www.rak.by](http://www.rak.by): форум. На Интернет-сайтах [www.mstu.ru](http://www.mstu.ru) и [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru) было опубликовано много материалов, разоблачающих это жульничество и призывающих прекратить распространение подделки в России. Однако даже призывы к вмешательству правоохранительных органов результатов не дали.

Более того, в выпуске «Аргументы и Факты» № 6, 2005 вновь появился тот же самый рекламный материал, подписанный псев-

донимом Ольга Исаева и дающий ссылку на Интернет-сайт [www.biogenius.ru](http://www.biogenius.ru). При внимательном просмотре материалов сайта, которым старательно придан вид якобы научного материала, было установлено, что работы якобы проводятся на этот раз в Институте Клинической Иммунологии им. Рут Бен-Ари Медицинского центра при Университете Хедру в Реховоте (Израиль). Мы связались с руководителем указанного Института проф. З.Бентвич и попросили его предоставить нам сведения о рекламируемом комплексе. Цитируем его ответ:

«Уважаемые коллеги!

Благодарю Вас за письмо. К сожалению, я не располагаю какой-либо достоверной информацией, касающейся этого комплекса, который, по крайней мере по моему мнению, широко рекламируется без всяких оснований.

Зви БЕНТВИЧ

Профессор медицины

Руководитель

Розетта Геномикс

Сайнс Парк - 10 Плаут Стрит

Реховот 76706

Израиль.»

На том же сайте упоминается имя известного иммунолога, работающего в том же Институте, якобы имеющего отношение к разработкам. Список научных публикаций этого ученого не содержит ни одной статьи по данной тематике, и он, скорее всего, даже не знает, как жулики злоупотребляют его именем.

Все изложенное позволяет нам утверждать, что вся акция, связанная с распространением комплекса «В...», не что иное, как отъявленное и сознательное жульничество, целью которого является вымогательство огромных денежных сумм у находящихся в отчаянном положении людей. Мы надеемся через Вашу газету довести эти сведения до широкого круга врачей и пациентов, а также привлечь внимание соответствующих органов, во власти которых воспрепятствовать распространению этого обмана.

*Д.Г. Заридзе, Ф.Л. Кисилев*

Имя Владимира Никитича Виноградова неразрывно связано с историей отечественной медицины. Его с огромным уважением и благодарностью вспоминают младшие коллеги и ученики. Многим из них посчастливилось работать рядом с ним, претворяя в жизнь его научные идеи, учиться у него великому врачебному искусству. Им по праву гордится старейшая клиника внутренних болезней Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, прославившаяся своими выдающимися учеными. Виноградов был клиницистом широкого профиля, энциклопедических знаний. Трудно найти такую область терапии, которой бы он не занимался.

Родился Владимир Никитич Виноградов в 1882 г. в г. Елец в семье железнодорожного служащего. Большие способности, упорный труд и целеустремленность позволили ему в 1907 г. с отличием закончить медицинский факультет МГУ. Еще будучи студентом, он проявил невероятную пылкость в изучении идей нервизма, осознав значимость функциональной диагностики, много и упорно занимался этим. Его учителями были выдающиеся деятели отечественной медицины.

Безусловно, такое «звездное» окружение сыграло решающую роль в формировании научного мировоззрения молодого ученого. Он всецело проникся идеями служения народу, служения больному. Этому принципу Владимир Никитич следовал всю жизнь. Для него не было ничего важнее больного. Это свое убеждение он доказывал своим отношением к делу.

После окончания университета Виноградов 5 лет работал сначала бесплатно экстерном, а с 1910 г. штатным ординатором в факультетской терапевтической клинике МГУ, которой в то время руководил талантливый и удивительно образованный терапевт Л. Е. Голубинин, последователь физиологического направления в медицине и продолжатель идей С. П. Боткина.

С 1912 по 1921 гг. Владимир Никитич был ассистентом, а затем старшим ассистентом пропедевтической терапевтической клиники Московских высших женских курсов, позднее перешел на работу во II ММИ им. Н. И. Пирогова.

С неиссякаемой энергией он сочетал врачебную, научную и педагогическую работу. Однако лечебную работу он всегда ставил на самую высокую ступень, считая ее квинт-эссенцией работы врача, научную же работу он считал средством разрешения основных клинических вопросов, связанных с диагностикой и тактикой лечения.

В середине 20-х годов Виноградов становится заведующим кафедрой терапии МГУ, одновременно возглавив кафедру и клинику профессиональных болезней.

Виноградов одним из первых обратил внимание на значимость подготовки специалистов по профессиональной патологии. В своих исследованиях на эту тему он опирался на достижения физиологического и профилактического направлений отечественной медицины.

Научные и клинические интересы ученого в ту пору касались многих областей терапии, но наиболее важным направлением его исследований являлось изучение ранней диагностики туберкулеза и рака легких, этиологии гломерулонефрита и других заболеваний почек, проблемы сепсиса, гриппа, заболеваний желудочно-кишечного тракта, функции печени и др. Одним из первых в нашей стране он начал исследовать основной обмен.

В 1925 г. была издана в виде монографии докторская диссертация Владимира Никитича «Об изменениях почек при туберкулезе легких».

В 1940 г. за энергичную и безупречную врачебную, педагогическую и научную деятельность на поприще здравоохранения ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки.

В 1943 г. Виноградов возвращается в I ММИ и становится заведующим воспитавшей его кафедры факультетской терапии и директором факультетской терапевтической клиники. В 1944 г. он одним из первых получает звание действительного члена АМН СССР.

Работа Владимира Никитича в клинике была чрезвычайно содержательной и результативной: он активно внедряет в практику новейшие, прогрессивные методы исследования и лечения больных. Он первым в стране начал применять методы эндоскопии, в частности, бронхоскопию для диагностики и лечения рака и хронических неспецифических гнойных процессов в легких, гастроскопию — для диагностики заболеваний желудка и кишечника. Результаты этих исследований были обобщены в ряде монографий, фундаментальных научных статей.

Много сделал ученый и в области пульмонологии. Здесь прежде всего необходимо говорить о бактериологических исследованиях, которым Виноградов придавал особое значение. Владимир Никитич строго требовал, чтобы при обследовании больных с легочной патологией тщательным образом были собраны данные о чувствительности к антибиотикам бактериальной флоры содержимого бронхов или мокроты.

Виноградов одним из первых организовал при терапевтической клинике специальное отделение, которое занималось вопросами радиоизотопной диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы и органов кроветворения. Определение «первый» опять-таки употребимо в отношении Виноградова, когда речь идет об освоении им зондирования полостей сердца и ангиографии при врожденных и приобретенных пороках сердца с целью диагностики и разработки показаний к оперативному вмешательству.

В клинике В. Н. Виноградова проводились испытания новых лекарственных препаратов для последующего внедрения их в клиническую практику.

Он одним из первых начал применять пенициллин при септическом эндокардите, АКГ при бронхиальной астме, дикумарин при инфаркте миокарда.

В 1946 году он организует в клинике электрофизиологическую лабораторию, в которой разрабатывались вопросы нейрогенной регуляции сердечной недостаточности,

генеза изменений ЭКГ при остром инфаркте миокарда, экспериментального воспроизведения атеросклероза. Особое внимание уделялось в клинике изучению стенокардии, инфаркта миокарда в его атипичных формах, кардиогенному шоку, патогенезу гипертонической болезни и атеросклероза.

Несмотря на свои научные регалии, Виноградов большую часть своего времени посвящал врачебным обходам, которые превращались в значительные события как в жизни больных, так и в деятельности лечащих врачей. Сам Владимир Никитич готовился к обходам заранее. Он подробнейшим образом выслушивал все доклады. Уже на этой стадии он моментально схватывал суть вопроса, а непосредственный осмотр больного, как правило, лишь подтверждал возникшие предположения. Владимир Никитич интересовался всеми деталями: поставленным диагнозом, назначенными лечебными процедурами. Его интересовала также личность самого пациента, особенности его жизни, работы и даже вероисповедание. По отношению к пациентам он был предельно внимателен, бережно относился к их психологическому состоянию, стремился создать оптимистический настрой на выздоровление. Единственное обстоятельство, которое могло вывести его из равновесия, — это курящие

Единственное обстоятельство, которое могло вывести его из равновесия, — это курящие больные. В отношениях с ними он был буквально непримирим. И всякий раз категорически произносил «Выписать немедленно!». И это указание было единственным, которое не выполняли ординаторы.

ЛИЧНОСТЬ

«В КАНДАЛЫ ЕГО! В КАНДАЛЫ!»



В.Н. Виноградов

больные. В отношениях с ними он был буквально непримирим. И всякий раз категорически произносил «Выписать немедленно!». И это указание было единственным, которое не выполняли ординаторы. Этому, вполне возможно, способствовало и то, что заведующий отделением, в котором лежали язвенные больные, Алексей Андреевич Лаптев, сам, выйдя из палаты, с наслаждением закуривал папироску.

С врачами Владимир Никитич был строг и принципиален. И в то же время справедливость его требований ни у кого из них не вызывала сомнений. Владимир Никитич не выделял никого из больных. Если бывали те редчайшие случаи, когда его почему-либо просили посмотреть какого-нибудь больного не в силу тяжести, а по другим соображениям, Виноградов шел и смотрел всю палату.

Владимира Никитича считали достаточно категоричным в суждениях. Однако современники вспоминают любопытный факт, который свидетельствует об обратном. В клинику поступил больной с абсцессом легкого. По социальной принадлежности это был простой рабочий, никакого отношения к медицине не имевший. Осмотрев пациента и задав, по своему обыкновению, ряд уточняющих вопросов, профессор Виноградов вынес свой вердикт: «Немедленно оперировать». И вдруг этот тихий больной обратился к профессору с просьбой прояснить свою ситуацию. Человек был достаточно наблюдателен и заметил, что и раньше, когда он лечился в госпитале, его ранения заживали медленнее, чем у других. Он рассказал об этом Владимиру Никитичу и предложил, что и в случае с абсцессом эта особенность его организма может проявиться. Виноградов внимательно выслушал пациента, слегка задумался и сказал: «С операцией подождать». И действительно, спустя некоторое время больной выздоровел сам, без оперативного вмешательства. Такая вот тонкая врачебная интуиция была присуща В. Н. Виноградову.

Помимо лечебной работы Виноградов вел большую консультативную работу в других лечебных учреждениях, в частности, с 1934 г. до конца жизни он был постоянным консультантом 4-го Главного управления Минздрава СССР.

Владимир Никитич был, пожалуй, единственным специалистом, которому доверял И. В. Сталин, в последние годы своей жизни ставший болезненно подозрительным и мнительным (именно по его настоянию вождь отказался от курения и от посещения бани). Виноградов определил у вождя быстро прогрессирующий атеросклероз и настоятельно порекомендовал ему отказаться от активной политической деятельности, а лучше всего — уйти на покой. Сталин рассвирепел и отказался как от услуг маститого профессора, так и от врачебной помощи вообще. Сталин был страшно возмущен, он расценил это как стремление отдалить себя от работы, от власти. И, как пишет Смирнов, он закричал про Виноградова: «В кандалы его! В кандалы!» Последствия оказались для Виноградова ужасными. 4 ноября 1952 года он был арестован. Его «подверста-

Виноградов определил у вождя быстро прогрессирующий атеросклероз и настоятельно порекомендовал ему отказаться от активной политической деятельности, а лучше всего — уйти на покой. Сталин рассвирепел и отказался как от услуг маститого профессора, так и от врачебной помощи вообще. Сталин был страшно возмущен, он расценил это как стремление отдалить себя от работы, от власти. И, как пишет Смирнов, он закричал про Виноградова: «В кандалы его! В кандалы!»

ли» — причем в качестве главного руководителя — «к сионистскому заговору «убийц в белых халатах»» (почти исключительно евреев), «ставивших своей целью путем вредительского лечения сократить жизнь активных деятелей Советского Союза». Сомнение вызывала фамилия знаменитого профессора В. Н. Виноградова. Возник вопрос каким образом русский профессор оказался среди «преступников» вполне конкретной национальности? Вместе с тем суть дела оказалась вполне простой. Во втором московском медицинском институте, в котором работал профессор Виноградов, все знали, что он для коррекции заикания с детства привык к

ничего не означающему слову «куцы». Например, первую лекцию студентам первого курса Владимир Никитич закончил словами: «Надо знать куцы физику, куцы и биологию, куцы и химию куцы, тогда куцы вы будете хорошими врачами». Привычка Владимира Никитича Виноградова была использована в качестве сюжета для очередной дезинформации: «...Виноградов вовсе не русский. Фамилия эта принадлежит его жене, а настоящая его фамилия — Куцы». «Вождь народов» приказывал непосредственно руководившему «операцией» генералу госбезопасности Рюмину ужесточить следствие,

использовать кандалы, особенно в отношении своего личного врача профессора Виноградова. После ареста Виноградова жуткими избиениями заставили признаться в «заговорщицкой деятельности», то спустя месяц после смерти Сталина Виноградов вместе с другими «врачами-убийцами» был освобожден со снятием всех чудовищных обвинений.

Существенное значение Виноградов придавал экспериментальным исследованиям. Именно поэтому он явился организатором физиологической лаборатории, в которой решались вопросы патогенеза заболеваний, а также теоретические вопросы электрокардиографии, определялась роль нервного фактора в происхождении основных соматических заболеваний. Именно здесь, в этой лаборатории, была впервые в нашей стране применена коронарография, доказано, что в основе атеросклероза лежит не столько липоидоз, сколько неспецифические изменения сосудистой стенки.

Результаты этой фундаментальной и плодотворной деятельности нашли свое выражение в двух сборниках работ лаборатории, вышедших в 1953 и 1955 гг. под общей редакцией В. Н. Виноградова.

Прекрасно владея немецким и французским языками, он был в курсе достижений зарубежной медицины, а на его письменном столе в клинике и дома всегда можно было видеть последние номера «Zeitschrift für Innere Medizin», «Malfdie de Coeur», новейшие монографии зарубежных авторов. Владение в совершенстве иностранными языками позволяло ему быть постоянно в курсе самых последних научных достижений своих зарубежных коллег.

Новаторская деятельность Виноградова касалась не только исследовательской стороны дела, но и претворялась в лечебную практику. В частности, он применил новый подход в ургентном лечении больных с инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Была разработана специальная методика по принципам госпитализации таких больных, что по сути дела было специализированным кардио-реанимационным отделением и положило начало этой службе. Именно тогда были созданы специальные бригады скорой медицинской помощи, началось развертывание в терапевтических стационарах палат интенсивного наблюдения, полным ходом шла специальная подготовка медицинского персонала. Владимир Никитич инициировал открытие отделения интенсивной терапии в своей клинике, при этом работа в нем проводилась в тесном контакте с Московской станцией скорой помощи.

Одновременно в эти годы Виноградов занимается вопросами этиологии плеврита, бактериологического исследования

при хронических неспецифических заболеваниях легких, изучением роли стрептококка при ревмокардите и т. д. При его клинике в 1958 г. был создан в числе первых в стране кардиоревматологический кабинет, где разрабатывались вопросы не только лечения, но и профилактики ревматизма бидиллином с учетом индивидуальных особенностей больного.

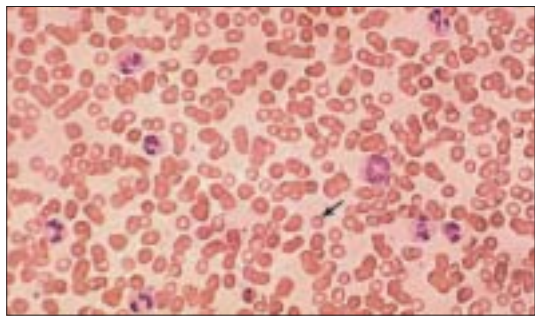
Выдающийся клиницист, обладающий огромной врачебной интуицией, основанной на богатом опыте, Виноградов был блестящим диагностом. Он придавал огромное значение анамнезу и клиническому осмотру больных, великолепно зная пределы диагностических возможностей дополнительных методов исследования. Тем не менее, в его клинике были безукоризненно поставлены лабораторная служба и кабинеты функциональной диагностики, через которые должен был пройти каждый молодой врач его коллектива.

Он никогда не был сторонником симптоматического лечения. Владимир Никитич был врагом полипрагмазии, призывая не применять лишних лекарств, а назначать их в наименьшем количестве в индивидуально подобранных дозах.

Сторонник комплексной терапии — медикаментозной, физиотерапевтической, диетической, — он был хоро-



или пристеночный пул нейтрофилов, фактически — депо клеток, из которого они, при необходимости, могут быть мгновенно мобилизованы на борьбу с бактериями. А так как кровь не стерильна, в ней постоянно персистируют бактерии — при чистке зубов, половом контакте, через кишечную стенку бактерии проникают в кровотоки — то лейкоцитам-нейтрофилам есть чем заняться. Почему не возникает сепсис? Да потому, что для развития бактерий нужен «бульон», питательная среда: в теле — чаще всего тромб или гематома. Тут, куда не достигают клетки, борющиеся с инфекцией, и начинается размножение бактерий. Впрочем, это уже отдельный разговор.



В ответ на инфекцию, стресс, травму количество лейкоцитов немедленно увеличивается, в первые минуты — за счет пристеночного пула нейтрофилов. Позже усиливается синтез, образование новых полиморфоядерных клеток (другое, заграничное название нейтрофилов) в костном мозге. В крови появляются незрелые формы — палочкоядерные лейкоциты. Когда их больше 5%, говорят о сдвиге влево. И лейкоцитоз из транзиторного становится постоянным. Его и определяют при бактериальных инфекциях: ангине, воспалении легких, пиелонефрите, инфекциях брюшной полости, септических состояниях. Если нейтрофилез не связан с инфекцией, обычно палочкоядерных клеток в крови нет.

Обязателен ли лейкоцитоз при инфекции? Нет, его не бывает (точнее, он не характерен) при вирусных инфекциях, в этом случае скорее обнаружится лейкопения. Лейкоцитоз, сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов — почти наверняка бактериальная инфекция. Хотя приходилось, и не раз, наблюдать при тяжелой бактериальной инфекции лейкопению, иногда — достаточно глубокую. Видимо, хочется так объяснить, идет мобилизация и потребление нейтрофилов на борьбу с бактериями. Вместе с тем снижение числа лейкоцитов, исчезновение левого сдвига — далеко не ранние признаки эффективности антибактериальной терапии, раньше исчезнет токсическая зернистость. Вместе с лихорадкой, проливными потами и слабостью.

Лейкоцитоз и лейкоз — белокровие. Цифры лейкоцитов более  $20 \times 10^9/\text{л}$  должны заставить поискать хроническую лейкомию — лимфо- или миелолейкоз. При этих заболеваниях лейкоцитоз может достигать и сотен  $\times 10^9/\text{л}$ . Правда, все клетки — либо лимфоциты, либо нейтрофилы. При острых лейкозах число лейкоцитов увеличено обычно незначительно, может быть нормальным или даже сниженным. В этом и состоит опасность — все почему-то думают, что острый лейкоз — это очень много лейкоцитов. Не всегда.

Лейкопения — тоже тревожный симптом. На западе ее делят по степеням, но клинического значения такое деление не имеет. Давно замечено, что если число лейкоцитов больше  $1 \times 10^9/\text{л}$ , то никакой патологии не будет. Но если их становится меньше  $1 \times 10^9/\text{л}$ , а число нейтрофилов — менее  $0,75 \times 10^9/\text{л}$ , — то может развиться специфическая картина инфекции: лихорадка, интоксикация, но без гноя, хрипов в легких.

Это состояние называется агранулоцитозом. Оно может развиваться вследствие аллергии на лекарства (гаптенный агранулоцитоз). Самым частым таким лекарством является анальгин (баралгин), вероятно из-за того, что его принимают направо-налево все, кому не лень. Но могут быть и другие препараты. Агранулоцитоз бывает и при лечении цитостатиками, он так и называется — цитостатический. Эти два варианта агранулоцитоза практически обязательно сопровождаются тяжелой бактериальной инфекцией. Только после выхода из агранулоцитоза появляется гнойное отделяемое, а при пневмонии — мокрота и на рентгене инфильтрация легочной ткани.

А вот агранулоцитоз при иммунных заболеваниях, например, при системной красной волчанке, не столь фатален. Причина в том, что при аутоиммунных заболеваниях антитела вырабатываются к зрелым клеткам, продукция лейкоцитов не нарушается и небольшая часть образующихся клеток «успевают» выполнить свою противинфекционную функцию. При гаптенном агранулоцитозе уничтожаются все лейкоцитарные предшественники, и новые нейтрофилы появятся лишь спустя дней десять. Похоже (хотя механизм различен) ведут себя и цитостатики по отношению к продукции лейкоцитов: остановка продукции нейтрофилов происходит на уровне предшественников и нормализуется ситуация не раньше, чем через 2 недели.

Все это время — 10—15 дней — пациент должен находиться в изоляции в стерильных условиях. Кстати, их можно устроить с помощью ширмы и ультрафиолетового облучателя даже в многоместной палате или дома, главное, чтобы ультрафиолет не попал на открытую кожу и глаза. Больному необходим тщательный уход за кожей, промежностью и слизистыми — антисептический туалет и антибиотикотерапия с помощью препаратов широкого спектра действия. Переливания донорских гранулоцитов, введение стимуляторов роста гранулоцитов малоэффективны — больной просто должен пережить период агранулоцитоза в условиях максимальной защиты от бактерий. И уж ни в коем случае нельзя давать при гаптенном агранулоцитозе гормоны — они еще больше ослабят иммунитет, не принесут никакой пользы.

И еще — не доверяйте машинам. Гематологическим анализаторам. Они рассчитаны лишь на скрининг, анализ крови здоровых. Если есть хоть малейшие сомнения — нужно пересчитать и число лейкоцитов и уж тем более — формулу крови глазами. Каждый прибор имеет свои ограничения, все анализаторы меряют клетки разными способами — фильтруют их через систему последовательных ситечек с разными размерами ячеек, оценивают их как частички, меняющие геометрию электромагнитного поля или замыкающих контакты при прохождении клеток, рассчитывают что-то по сложным формулам, переводя гемоглобин в гематокрит. И лишь глаз человеческого видит то, что видит. Особенно, если этот глаз обученный.

### КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

В стационар поступила женщина 72 лет. Основная жалоба больной — на интенсивные приступообразные головные боли, локализующиеся в основном в височных областях, с распространением на лоб и темя, повышение температуры, общую слабость.

Из анамнеза известно, что подобные головные боли появились около полугода назад, периодически сопровождалась болями при жевании в области височно-нижнечелюстных суставов. Больная неоднократно обращалась по этому поводу к невропатологам, лечилась с диагнозами: «мигрень», «дисциркуляторная энцефалопатия», «остеохондроз шейного отдела позвоночника». Неоднократно проводились курсы терапии пирасетамом, ноотропилом, тренталом — без видимого эффекта. В течение 2х месяцев стала отмечать ухудшение зрения на

левый глаз. Последний месяц стала повышаться температура до  $38,6^\circ\text{C}$ , кратковременное снижение температуры и головных болей отмечалось лишь после приема 100 мг диклофенака.



При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Температура  $38^\circ\text{C}$ . Кожные покровы обычной окраски, чистые. При осмотре

(Продолжение на стр. 8)

### ВНИМАНИЕ!

#### РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ

Том 3

Под редакцией академика А. И. Воробьева

Уникальное издание создано лучшими специалистами России

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

Книгу можно будет приобрести в следующих магазинах:

- «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- ГНЦ РАМН — метро «Динамо»;
- в издательстве — по адресу: 115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7,

Тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru.

Вы можете заказать книги через наш сайт [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net), где Вы найдете более 200 медицинских книг.

#### Сопредседатели секции:

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

#### Сопредседатели секции:

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

#### Программа заседания:

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

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:

- Ноников В.Е., д.м.н. профессор, заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- Богомолов Б.П., профессор, член корр. РАМН, заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

#### Программа заседания:

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора
4. Дискуссия

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»

## Приглашение

«Вторая  
жизнь сердца»

19 мая 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Приглашение

«Гиперкоагуляционный  
синдром.  
Что нам известно?»

18 мая 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Приглашение

«Диарейный синдром –  
инфекция  
или результат  
интенсивного  
лечения?»

17 мая 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям



**1**  
в мире

**Абсолютный контроль над аллергией**

**Зиртек®**

**SOLVAY PHARMA** Произведено компанией ССЗ, права на маркетинг и распространение препарата в России и странах СНГ принадлежат компании Солвей Фарма **СЗБ**

(Начало на стр. 7)

обращает на себя внимание уплотнение и утолщение височных артерий, их болезненность при пальпации, снижение пульсации в обеих височных артериях, болезненность при пальпации волосистой части головы. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Диурез в норме.

Лабораторные данные: в общем анализе крови анемия с гемоглобином 110 г/л, РОЭ 54 мм/ч, повышены острофазовые показатели (СРБ 16 мг/мл, серомукоид 0,64). Анализ мочи, биохимический анализ крови без особенностей.

В стационаре проводилось обследование с целью поиска злокачественного новообразования, данных за наличие онкологического заболевания не получено.

Пожилой возраст больной, головные боли с типичной локализацией, изменение височных артерий (уплотнение и болезненность при пальпации), перемежающаяся «хромота» при жевании, обусловленная поражением верхнечелюстной артерии, симптомы поражения левой глазной артерии (с ухудшением зрения) повышение РОЭ и острофазовых показате-

лей, умеренная анемия позволили поставить диагноз темпорального артериита (болезни Хортона).

Больной была назначена кортикостероидная терапия (с учетом признаков поражения глазной артерии доза преднизолона составила 60 мг в сутки) с хорошим эффектом — нормализация температуры и исчезновение практически всех жалоб к третьему дню терапии. Через 2 недели терапии уровень гемоглобина составил 123 г/л, РОЭ 22 мм/ч, СРБ 6 мг/мл. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение ревматолога по месту жительства. Через 4 недели после начала терапии при контрольной явке больной начато снижение дозы преднизолона.

Этот случай, несмотря на относительную редкость заболевания, очень характерен для нашей медицины. Не смотря на то, что у пациентки имелись абсолютно все симптомы «классической» формы височного артериита (пожилой возраст, женский пол, типичные головные боли, ухудшение зрения, повышение температуры, перемежающаяся «хромота» при жевании) на протяжении полугода при обращении к разным специалистам ей не был правильно поставлен диагноз, а следовательно, и оказана помощь. А ведь исход этого заболевания при отсутствии лечения — слепота!

Лыткина К. А.  
ГКБ № 4 г. Москва

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), Ф.Т. Агеев, В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, 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, М.И. Кечкер, А.А. Кириченко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, В.С. Моисеев, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, А.Л. Раков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, С.Н. Терещенко, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шпектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65

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