



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Май 2005

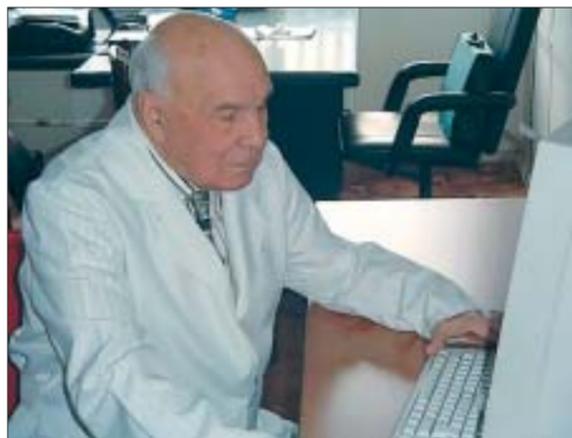
№ 7

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Летом 1939г. я поступил в Московский инженерно-строительный институт, но через 2 месяца, после начала учебы меня призвали в армию на действительную военную службу. А служить я попал в 298-ой конно-артиллерийский полк 192-ой горно-стрелковой дивизии на должность помощника командира взвода конной разведки управления дивизиона, базировавшегося в Артемовске. Призвали нас, городских мальчишек, которые не просто не умели управлять с лошадьми, а просто их боялись. Причем таких, которых забрали со студенческой скамьи, было очень много. Меня спасло то, что мне досталась самая лучшая лошадь — Осень: заместитель командира полка был репрессирован, как «враг народа», из-за этого его лошадь все начальство боялось брать, и ее распределили мне. Как я научился на ней ездить? — лошадь командирская, привыкла только впереди идти. Первый раз выехали все за пределы части, командир дает команду: «Рысью!». Моя Осень закусила удила и понесла вперед всех, догнать и остановить ее никто не мог, через рвы, заборы она понесла меня через весь городок. Я удержался в седле, за мной несли патрули на лошадях, но догнать не могли, так это продолжалось довольно долго, пока Осени самой не надоело хулиганить. После этого командир меня взял к себе в коноводы, это было очень почетно.

Из Артемовска нас перекинули в Финляндию. Пока мы добрались до Выборга — война с Финляндией закончилась и от туда нас перекинули в Закарпатье: дивизион дислоцировался в г. Турка, на границе. У каждого была своя позиция, на которую он должен был прибыть по тревоге. Строили новые доты, щепенку для этого брали в реке, а с другой стороны этой реки щепенку и воду для этих же целей брали немцы, мы приветствовали друг друга. А река была шириной не больше 3 метров. Но где-то в июне немцы почему-то перестали приветствовать нас. Начальство нам сообщило, что будут плановые маневры. Мы тщательно начали готовиться. Внезапно в ночь накануне маневров — тревога. Мы к этим тренировочным тревогам, в общем, то были привычные, но про себя подумали: «Накануне учений выспаться не дают». Встали, построились, командиры объявляют: «Занять на границе свои места, нам объявили войну Румыния, Германия и Финляндия». Мы стоим, зеваем (нам такое ведь на каждой

учебной тревоге объявляли). По-видимому, даже наши командиры не знали, что это не начало учений. Едем к границе на лошадях, по тропам, и вдруг летят самолеты, ну летят и летят. Думаем: «Начались маневры раньше времени». И тут нас самолеты обстреляли, да не просто обстреляли, а многих серьезно ранили. Я, честно говоря, даже подумал, не ошибка ли это. А оказалось, что это началась война...



Как я стал врачом

Итак, эту войну я начал с первого дня. Немцы Украину ведь очень быстро захватили, Львов был взят буквально в первые дни, наша дивизия шла горными тропами (Карпаты), немцы взорвали большинство мостов, мы их восстанавливали. В один из первых дней войны подо мной убили мою Осень...

Мы начали отступать, под Винницей 17 июля я был тяжело ранен в живот (сквозное пулевое ранение с повреждением желудка). Как тогда лечили? Прооперировали, зашили. Вот и все лечение, кормили, поили, перевязывали, обезболивали. Около четырех месяцев лечения во многих госпиталях (Кировоград, Днепропетровск, Ростов-на-Дону, Дербент) — госпиталя ведь «кочевали» по всей стране. Выписан из госпиталя с последующим переосвидетельствованием через год. Почти месяц я добирался до Москвы: сядешь в

один состав — он встал, ищешь другой и так много раз. По дороге в Ростове познакомился с женщиной, которая тоже ехала в Москву к мужу, у которой в дороге украли чемодан со всем имуществом, а она была на последнем месяце беременности. Всю оставшуюся дорогу я ее кормил и оберегал.

Возвратился домой. Строительный институт, из которого я был призван — эвакуирован. И я поступил учиться в Московский авиационный институт на строительный факультет. Но в июне 1942 г. меня вызывают в военкомат и сообщают, что 5 человек нужно направить учиться в военную академию. Военком сказал: «Ты уже воевал, был ранен — опытный человек. В общем, выбора у тебя нет. Пиши заявление о приеме тебя в военную академию. Три дня тебе на сборы». Приезжаю я домой, и тут приходит похоронка на брата. В семье горе. Я возвращаюсь к военкому, прошу неделю отсрочки, в связи с гибелью брата — матери нужно помочь. Военком говорит: «Да, да, конечно, только сначала заявление перепиши — исправь дату и напиши, что академия не военная, а военно-морская медицинская»...

Так я против своей воли стал врачом. В то время военно-морская медицинская академия находилась в Кирове. Пришли мы в первые же дни на занятие по анатомии, преподаватель открывает труп и, похлопывая по нему, нежно так говорит (а он заикался): «К-к-какой х-х-хорошенький». Я с ужасом про себя думаю: «Куда я попал?». Привыкли.

Поскольку я был постарше многих и уже повоевал, меня назначили командиром роты. Я всегда все старался делать как следует, уж учиться, так учиться, тем более назначили командиром. Приходилось не только себя, но и других дисциплинировать. В целом же, казалось бы, случайные люди, попавшие в медицину не по призванию, просто потому, что очень серьезно относились к учебе, многого достигли. С 1942 по 1947 г. я учился на врача. Я, видя большое количество раненых, искалеченных людей, решил стать челюстно-лицевым хирургом. Но не сложилось, хоть я и был отличником и имел право выбора кафедры для дальнейшего обучения. Так я попал к своему будущему учителю академик Лепорскому Н. И., ученику И. П. Павлова. Лепорский при первой нашей встрече спрашивает: «Вы ведь отличник, а все отличники всегда сидят на первом ряду, а ваше лицо мне что-то незнакомо?». Я ему говорю:

(Продолжение на стр. 2) ↗



Врачебная практика — искусство или шаблоны

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Год назад Президент В. В. Путин сказал в своем обращении к Федеральному собранию — а это фактически программа развития нашей страны на ближайшие годы, — о том, что гарантии доступности и качества медицинской помощи гражданам закладываются стандартами. Вроде все понятно, но нет, споры продолжают, причем накал страстей становится неожиданно чрезмерным, приобретает персонифицированные формы. Вообще в последнее время становится модным обсуждать вопросы без парламентских условностей, как будто кроме оппонента некому защитить страну и народ от реформаторов — этакий синдром «Павлика Морозова». Среди прочих выделяется постоянно мелькающая на экране фигура одного из главных врачей педиатрической больницы, оголтело нападающего на все и вся, что считает (будучи весьма далеким от профессионализма в вопросах управления здравоохранения) опасным для страны. Выглядит все это как очередное присваивание звания «совести нации», только теперь этот процесс принял форму фарса. Кликушество налицо, но подобное поведение опасно. Человек пожилой, ему многое можно простить за возраст, но все таки хочется дискутировать с компетентными специалистами, а не с

«практиками», не знающими основ современного менеджмента. Да и другие нападающие на процессы модернизации здравоохранения часто выглядят не лучше: все оставить как есть, так как это лет тридцать пять назад было признано лучшим в мире. Но мир-то изменился.

Обвинения и возражения против стандартов можно разделить на две группы:

- ограничение свободы деятельности врача,
- техническая невозможность стандартизации медицинской помощи, отсутствие в мире подобных подходов, следовательно, это будет замороженный велосипед.

Посмотрим на творчество врача. У него в поликлинике несколько минут на прием больного. У врача стационара ежедневно не меньше, чем два десятка больных, которых нужно осмотреть, записать в историю дневник, найти затерявшиеся анализы и пленки ЭКГ. Количество лекарств, которыми постоянно оперирует врач, — всего лишь около десяти наименований, еще 10—20 наименований, которые используются врачом эпизодически. Также никаких вариаций в диагностике: анализ крови, мочи, сердце — ЭКГ, легкие — рентген, всем биохимия с неизменным холестерином, общим и С-реактивным белком.

Анализировали мы как-то интерпретацию врачами крупного многопрофильного стационара с многочисленными кафедрами, расположенными на его базе, сниженного гемоглобина в историях болезни: в 90% случаев при выраженной, не исчезающей в процессе

(Продолжение на стр. 3) ↘

ИнтерНьюс

Заседание Формулярного комитета

24 февраля 2005 года состоялось 19-е заседание Президиума Формулярного комитета. Заседание было посвящено обсуждению Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 296 от 02.12.2004 г.), а также вышедшему 24.12.2004 г. Приказу № 321 Минздравсоцразвития РФ, внесшему некоторые изменения и дополнения в Приказ Минздравсоцразвития РФ № 296.

На заседании присутствовало 20 человек: Председатель Формулярного комитета академик А. И. Воробьев, председатели профильных комиссий, представители Секретариата, приглашенные.

Замечания и предложения, поступившие от председателей профильных комиссий, касались практически всех фармакотерапевтических групп Перечня и представляли как рекомендации к исключению ряда лекарственных средств или конкретных лекарственных форм из Перечня, так и по включению высокоэффективных, жизненно необходимых лекарственных средств в данный документ.

Президиум Формулярного комитета считает актуальной разработку Перечня «сиротских» лекарственных средств — применяемых в медицинской практике редко, но относящихся к категории жизненно важных препаратов, к которым можно отнести препараты для лечения малярии, лепры, порфирии, некоторые антибиотики и др.

По итогам заседания было решено оформить все замечания и предложения, поступившие от профильных комиссий Формулярного комитета, в виде письма на имя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации М. Ю. Зурабова.

Собственная информация

Фолиевая кислота существенно снижает риск заболеть гипертонией

Согласно данным, опубликованным в Журнале Американской медицинской ассоциации (JAMA), если Вы женщина и принимаете 1000 мг фолиевой кислоты в день в форме специальных добавок, то Ваши шансы заболеть гипертонией существенно снижаются.

К такому заключению пришли ученые из США обследовав американских медсестер в возрасте от 27 до 70 лет. Исследователи объясняют этот факт тем, что фолиевая кислота облегчает движение крови по сосудам, так как расслабляет их стенки. Интересно, что фолиевая кислота, которая содержится в естественных пищевых продуктах, была не столь эффективна. Фолиевую кислоту в больших количествах содержат бананы, зеленые овощи (шпинат, брокколи, латук, брюссельская капуста), авокадо.

Источник:

Extra folic acid good for women's blood pressure

(Начало на стр. 1) ➤

«Вы знаете, я командир на курсе и сажусь на последний ряд, чтоб смотреть за порядком». На что Николай Иванович, улыбувшись, ответил: «Уууу, как у вас все поставлено». Лепорский хоть и был генералом, но по сути своей был человеком гражданским и полностью преданным медицине.

Среди моих однокурсников много было таких, кто врачами, так же как и я, быть совершенно не собирались, но, несмотря на это, многие учились очень старательно, и результаты дали себя знать, многие из моих однокурсников

стали известными врачами и многого достигли в жизни (с нашего курса вышли, кроме меня, несколько академиков). Половина курса стали как минимум кандидатами наук. Но были и такие, кто говорил: «Давайте я за всех буду ходить в наряды, лишь бы не на лекции».

Во время Великой Отечественной Войны 73% раненых были возвращены в строй. Каким образом, я сам не очень понимаю, вероятно, вот этой старательностью, ответственностью и преданностью своему делу. Я ни разу в жизни не пожалел, что жизнь так сложилась, и я стал врачом.

Член-корр., академик Ф. И. Комаров

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Жавстречу 130-летию

4 октября 1875 года был принят Устав Московского медицинского общества. К этому времени уже существует несколько подобных обществ, в 1765 г., например, создано Вольное экономическое общество, одной из задач которого стала пропаганда гигиенических знаний, а с 30-х годов XIX века вопросы борьбы с детской смертностью. К середине XIX века насчитывалось уже 7 обществ врачей. В 1861 г. в Москве организовано Общество русских врачей, позже по его образцу создано свыше 50 губернских медицинских обществ. Московское медицинское общество выделилось из физического общества Московского университета, вначале заседания проводились в Политехническом музее, но в 1895 г. принимается решение о переименовании его в Московское терапевтическое общество состоящее при Императорском Московском университете с тем, чтобы иметь возможность бесплатно пользоваться аудиториями Университета. С этих пор — 110 лет — и продолжает эксплуатация.

На праздничное заседание собралось почти в полном составе Правление МГНОТ. Зал был полон. С историческим экскурсом выступил профессор П. А. Воробьев. Рассказав крат-



С приветствием выступил Главный терапевт г. Москвы профессор Л. Б. Лазебник. МГНОТ всегда имело самое непосредственное отношение к здравоохранению столицы, на его заседаниях регулярно заслушивались отчеты главного терапевта. Эту традицию, прерванную несколько лет назад, следует восстановить.

С воодушевлением встретили собравшиеся выступление Е. А. Вольской, которая от имени Генерального секретаря международного общества внутренней медицины (ISIM) профессора Рольфа А. Штройли поздравила членов одного из самых старых научных обществ Европы со славным юбилеем и пожелала Обществу процветания. По поручению профессора Р. Штройли Е. А. Вольская вручила Председателю МГНОТ академику А.И. Воробьеву букет роз, в котором белые розы символизировали цвет халата врача, а красные — Красный Крест. Были высказаны пожелания дальнейшего плодотворного сотрудничества между двумя Обществами.

В заключение торжественной части академик А. И. Воробьев вспомнил трудные для МГНОТ и всей страны годы, особенно короткий, но мрачный период 52—53 года, когда боль-



кую историю общества, дав характеристику его Председателям, основным темам и направлениям работы Общества за истекший период, докладчик в заключительной части выступления предложил особо отметить заслуги Е. Н. Кочиной, Л. А. Положенковой и Л. И. Цветковой, которые на протяжении многих лет беззаветно трудились, чтобы МГНОТ могло существовать, не исчезнуть в тяжелый период 90-х годов XX века. От имени всех присутствующих академик А. И. Воробьев вручил им Благодарности и памятные знаки Общества.

Поздравления Обществу прозвучали из уст Начальника ГВКГ им. И. Н. Бурденко, профессора, генерал-майора медицинской службы М. В. Клюжева, который напомнил собравшимся, что на протяжении всей истории МГНОТ одними из самых активных членов общества всегда были военные медики. В этом году госпиталю им. Н.Н. Бурденко исполняется 300 лет.

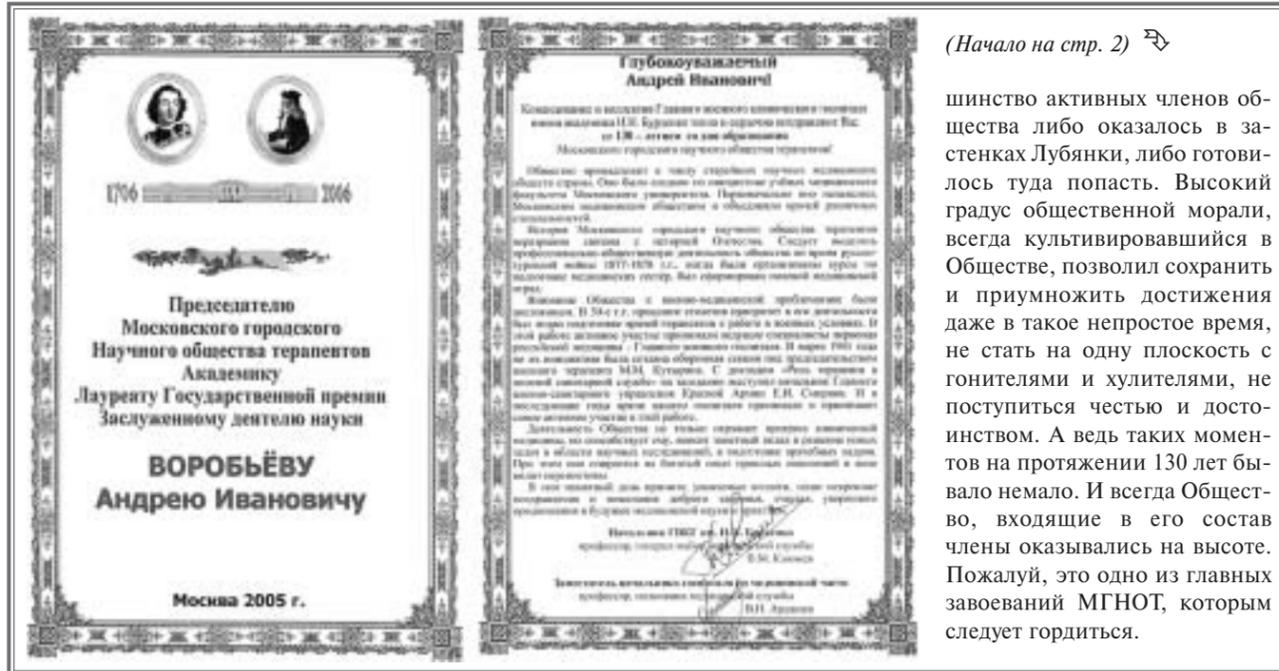


(Продолжение на стр. 3) ➤

(Начало на стр. 1) ↗

госпитализации анемии не содержится ни прямой, ни косвенной ее трактовки. Врач в подавляющем большинстве случаев действует по шаблону, пользуясь своими знаниями. Знания нередко обновляются на пятиминутках, на которых выступают представители фармкомпаний. Впрочем, об этом речь уже шла. Мало похожа рутинная ежедневная работа врача первичного звена на творчество и искусство; не более 5—15% больных требует каких-либо творческих усилий, но и тут проще отправить пациента на консультацию. Причем здесь «свобода творчества»? И зарплата тут не причем, так как и за высокую зарплату врач действует по устоявшимся в данном учреждении правилам, зачастую устаревшим на десятилетия по сравнению с современными подходами.

Одна из задач системы стандартов — предоставить врачу возможность использовать технологии, эффективность которых доказана, и рекомендуемые известными специалистами — составителями стандартов, — ускорить прохождение новой и достоверной информации о медицинских технологиях от разработчиков к практикующим врачам и, в конечном счете, обеспечить доступность этих технологий для пациентов.



(Начало на стр. 2) ↗

шинство активных членов общества либо оказалось в застенках Лубянки, либо готовилось туда попасть. Высокий градус общественной морали, всегда культивировавшийся в Обществе, позволил сохранить и приумножить достижения даже в такое непростое время, не стать на одну плоскость с гонителями и хулителями, не поступиться честью и достоинством. А ведь таких моментов на протяжении 130 лет было немало. И всегда Общество, входящие в его состав члены оказывались на высоте. Пожалуй, это одно из главных завоеваний МГНОТ, которым следует гордиться.

Для реализации этой задачи в настоящее время в нашей стране создано достаточно много, в частности, есть многолетний опыт работы врачей со стандартами, разработанными органами управления здравоохранения. Есть единый классификатор лекарственных средств с непатентованными названиями (Государственный реестр), Номенклатура работ и услуг в здравоохранении, в которой каждая врачебная и сестринская манипуляция имеет свое название, код и показатель временных затрат на ее выполнение. Разработана структура документа — Протокола ведения больных, стандартов медицинской помощи. Есть опыт их наработки и достижения консенсуса ведущими специалистами — уже утверждено 16 Протоколов ведения больных и более 120 стандартов оказания амбулаторной и санаторно-курортной помощи.

Структура Протокола ведения больных следующая: в таблицу вносятся перечень медицинских услуг с указанием обязательности их применения — какие всем пациентам, какие — по показаниям или по возможности. Причем обязательный набор услуг должен гарантировать современный уровень качества оказания помощи — это должны помнить разработчики Протокола. Аналогичен и набор обязательных и дополнительных лекарственных средств. Далее — описание алгоритмов, уточнение показаний и противопоказаний, последовательности применения технологий, особенностей применения у беременных, пожилых, детей, больных с недостаточностью функции органов и т. д.

В результате врач получает не просто перечень, но и инструкцию, как этот перечень услуг и лекарств применить у конкретного больного, как строить первичную диагностическую гипотезу, проводить дифференциальный диагноз и контролировать эффективность лечения. Все это подробно описано в Протоколе в виде моделей пациентов, критериев диагностики.

Действительно, такая система нигде в мире не применяется. За рубежом нередко используют промежуточный вариант нормативного документа — клинические руководства. Их отличает от протоколов-стандартов отсутствие формализации как структуры документа, так и содержащейся в нем информации. И еще руководства обычно носят перспективный характер, направлены на внедрение новшеств, а не на обеспечение качества на существующем этапе развития медицины. Эксперты при разработке Протоколов фиксируют имеющуюся ситуацию в здравоохранении, ищут и проводят грань между желаемым и возможным.

В различных странах различны подходы к стандартизации: от почти полного отсутствия стандартов до очень жестких схем и протоколов — например, протоколов ведения больных с онкогематологическими заболеваниями и другими опухолями. Нередко существующие стандарты не носят такого названия, но фактически являются таковыми — например, стандартные формы обследования больных в США имеют

форму бланка. Если на приеме пациент с заболеванием сердца, то ему назначается стандартный комплекс исследований, набор этих исследований не заполняется врачом каждый раз от руки, а распечатывается компьютером и выдается пациенту с уже внесенными туда результатами исследований. Объем этих обследований устанавливается сложным путем взаимодействия страховых компаний и медицинского сообщества.

А вот во Франции, например, нет никакого установленного объема обследования в амбулаторных условиях, и каждый врач может назначить пациенту все, что считает нужным. Ограничитель есть: пациент оплачивает исследования из своего кармана — лишь спустя время получит он частичную компенсацию расходов, но 10% стоимости он все равно оплатит. Поэтому пациент выбирает, какие ему нужны исследования. А французский пенсионер, пользующийся полной компенсацией за счет средств правительства, исследоваться будет на полную катушку. В США объем исследований будет ограничен вашей страховкой — если ее нет, то исследования будут выполнены по минимуму, если страховка хорошая, то за один раз постараются в медицинской организации выкачать из нее все деньги.

В настоящее время — последние 5—7 лет, правительства многих стран пытаются ввести ограничения на использова-

ние ненужных — устаревших или неэффективных технологий, создавая негативные списки таковых. Больших побед на этом пути нет. Да, при одной или при нескольких патологиях технология (услуга, лекарство) может быть не нужна, зато при единственной — высокоэффективна. Значит, в негативный лист она не попадет. Тогда, при отсутствии регламента использования технологии, она может использоваться без должных на то показаний, в тех ситуациях, где она неэффективна. Не работают листы предпочтительных или, наоборот, ненужных технологий без привязки их к болезням и состояниям.

Как отбирать технологии? — это оказался трудный и болезненный процесс. Проще всего не выбирать. Но уже сегодня до 20—30% используемых услуг и лекарств не приносит пользы больному. Для того, чтобы определиться с традиционными технологиями, не нужно проводить новых исследований — достаточно оценить уже накопленный опыт. Однако, оценивать его нужно по особым методикам, которые носят название «клиническая эпидемиология». Часто такой подход называют «медициной доказательств». При появлении новых технологий или сомнений относительно эффективности традиционно используемых необходимы строгие эксперименты, в которых нивелируются возможные ошибки путем тщательного подбора одинаковых групп пациентов для сравнительных исследований. И обязательно результаты исследований должны быть прозрачными и подвергнуться независимой оценке — экспертизе.

Путь наработки стандартов длинный, наше медицинское сообщество только в начале пути. Конечно, и это понятно, многим хочется быстро пробежать эту дистанцию, поставить галочку, что работа выполнена. Но медицина сегодня настолько сложна, что простых решений в ней не может быть. Мало дать рекомендацию лечить правильно, нужно рассказать, как правильно лечить, где и с использованием каких ресурсов. Мало научить врача патогенезу, этиологии и клинике заболевания — ему нужны мануальные навыки, правила принятия решений, требуется объяснить вопросы моделирования. Желательно — с использованием компьютера. А компьютер предполагает полную унификацию, иначе он становится лишь пишущей машинкой.

В заключение скажу: Мону Лизу нарисовал гений, но сегодня каждый может взять и по квадратикам нарисовать точную ее копию, или отсканировать изображение в компьютер. Пушкин писал гениальные стихи, но все лицеисты были поэтами, так как их учили технологиям стихосложения. Так и врачи: новые технологии — результаты скрупулезного научного поиска, их применение в широкой практике — вопрос обучения, стандартизации. Так что стандартизация медицинской помощи — неизбежна, и чем скорее это станет всем очевидно, тем быстрее и безболезненнее удастся реализовать задуманное...

Главный редактор П. А. Воробьев

ИнтерНьюс

Бег и Здоровье

Еще не так давно многие считали, что бег для здоровья очень полезен и люди поголовно убегали от инфаркта, инсульта, самих себя и здравого смысла. Однако прошло некоторое время, и популярность бега сильно ослабла, то ли из-за лени — нет от бега очевидного и быстрого результата, то ли знакомые — друзья догнали инфаркт, инсульт... Вот и осознали, что тише ходишь — дольше будешь. А может, дело в новых воззрениях на бег.

И действительно, появились данные об отрицательном влиянии бега на деятельность сердечно-сосудистой системы. Но виноват ли в этом сам бег как таковой? Оказывается, нет. Мы просто не умеем им правильно пользоваться. Сердце среднестатистического человека перестает справляться с предлагаемой нагрузкой, когда увлечение бегом переходит грань, отделяющую физкультуру от спорта, и начинается «погна за результатом».

При солидных оборотах (пульс 170—180 ударов в минуту) сердце уже не успевает совершать полноценные по амплитуде движения, что приводит к резкому сокращению объема выбрасываемой крови в сосуды во время его сокращения (в систолу). Меж тем запросы мышечной ткани бегущего тела упорно растут. Вот и получается, что при завышенной ритмичности сердце все еще способно поддерживать деятельность жизненно важных органов, а вот обеспечивать свои потребности, должным образом, оно уже не в состоянии.

Исходя из всего вышесказанного, специалисты советуют любителям бега не перегружать свое сердце. Вот что советует начинающим бегунам, один из ведущих американских спортивных врачей, специалист олимпийской сборной США: «Пройдет совсем немного времени, и пятикилометровую дистанцию вы будете пробегать с удовольствием, и вам захочется пробежать и 10 км, и 15. Только вот делать этого не нужно. Очень важно помнить, что главное — это здоровье, а не результаты».

Сегодня, считают врачи, для профилактики инфаркта достаточно подниматься и спускаться по лестнице пешком, а не пользоваться лифтом; пройти в среднем темпе пару остановок пешком, а не садиться в автобус; вообще ходить пешком в день 20—30 минут. А тем, кому позволяют состояние и условия, от быстрой ходьбы можно переходить к медленному бегу.

Источник: solvay-pharma.ru

Развеем миф о том, что очень умные люди склонны к суицидам

Ученые из Karolinska Institute (Швеция) обнаружили, что молодые люди с высоким интеллектом имеют меньшую вероятность покончить жизнь самоубийством, чем их сверстники с более низким показателями (IQ) — коэффициентом интеллектуальности.

Фактически мужчины с низкими показателями IQ в три раза чаще самостоятельно сводили счеты с жизнью. Эти данные развенчивают миф о том, что очень умные люди склонны к суицидам. В процессе исследования ученые изучали показатели IQ у 3000 молодых шведских солдат и наблюдали их в течение 25 последующих лет. Результаты данных исследований представлены в British Medical Journal.

Источник: Intelligent people less likely to commit suicide

ИнтерНьюс

Компоненты пива предупреждают прикрепление аминов к ДНК и ее повреждение

Некоторые виды рака вызываются гетероциклическими аминокислотами, химическими веществами, повреждающими ДНК, которые находятся в термически обработанном мясе и рыбе. Японские ученые под руководством Сакаэ Аримото-Кобаяши вводили эти вещества экспериментальным мышам. В том случае, если параллельно экспериментальные животные употребляли в пищу безалкогольное пиво, степень повреждения ДНК уменьшалась на 85%. Доктор Аримото-Кобаяши считает, что какие-то до сей поры не идентифицированные компоненты пива предупреждают прикрепление аминов к ДНК и ее повреждение. В том случае, если эти вещества будут идентифицированы, пивовары смогут варить пиво, которое сможет применяться с профилактической целью.

Злоупотребление алкоголем имеет отношение к 6% всех случаев рака в западных странах (New Scientist print edition, 18 December 2004), хотя умеренное употребление алкоголя снижает риск заболеваний сердца. Следует отметить, что мыши пили безалкогольное пиво, и неизвестно, каков был бы эффект от обычного пива. Во всяком случае, нужно тщательно взвешивать пользу и вред, который может нанести потребление алкогольного пива.

Источник:

Journal of Agricultural and Food Chemistry
(DOI: 10.1021/jf049208k)

Многим пациентам с ишемическим инсультом показана гипогликемическая терапия — более чем у половины из них имеются нарушения углеводного обмена

По мнению доктора Уолтера Керна (Йельская Школа Медицины, New Haven, Коннектикут), несмотря на все профилактические меры, у больных с транзиторной ишемической атакой и ишемическим инсультом остается высоким риск повторных цереброваскулярных осложнений, и не исключено, что снизить этот риск удастся за счет коррекции углеводного обмена.

Авторы обследовали 98 больных с транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом, лечившихся в одной из трех клиник Коннектикута. Ни у кого из участников не было диабета или гипергликемии в анамнезе; средний возраст составлял 71 год. В среднем спустя 105 дней после инсульта выполнялся оральный тест толерантности к глюкозе. При 2-часовом уровне гликемии 140—199 мг/дл толерантность к глюкозе расценивалась как нарушенная, при 200 мг/дл и выше — как диабетическая. Оказалось, что у 27 участников имелась нарушенная толерантность к глюкозе (28%), у 24 (24%) — диабет. Таким образом, у 52% больных имелись те или иные нарушения углеводного обмена. По мнению ученых, коррекция углеводного обмена, начиная с острой фазы инсульта, позволит существенно снизить риск заболеваемости и смертности.

Источник:

Arch. Intern. Med. 2005;
165: 227—33

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 2.06.2004 г.

Сопредседатели секции:
ангиохirurg академик А. В. Покровский,
терапевт проф. А. А. Кириченко,
невролог проф. В. А. Парфенов.
Оппонент: проф. П. А. Воробьев
Секретарь: к.м.н. Л. А. Положенкова

Тема: «АКШ — нужно ли оперировать всех?»

Открывший заседание А. В. Покровский обратил внимание присутствующих на важность обсуждаемой проблемы, которая до настоящего времени не имеет достаточного освещения в нашей стране.

1. Проф. М. М. Алишба (НИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева)

«Кому и зачем показано аорто-коронарное шунтирование (АКШ)?»

Докладчик подробно остановился на истории оперативного лечения ИБС. Коронарная хирургия начинается в России с 1964 г. и ее пионером является проф. В. И. Колесов, выполнивший впервые операцию маммарокоронарного анастомоза. Операция АКШ выполнена впервые в 1967 г. в США, где в настоящее время производится миллионы таких операций. Технология хирургического лечения ИБС постоянно меняется и совершенствуется. Например, в последние годы АКШ выполняется в условиях искусственного кровообращения; введены стенты со специальным лекарственным покрытием и т. д. Кроме того, докладчик четко опреде-

ных с ИБС. Большинству больных с ИБС проводится неадекватная консервативная терапия, прежде всего нитратами. Даже при поражении нескольких коронарных артерий 55—65% больных с ИБС можно лечить консервативно с хорошим эффектом. АКШ, справляясь со стенозирующим участком коронарных артерий, не оказывает влияния на многие факторы риска развития ИБС. Прежде всего, ни в какой мере не влияет на атеросклероз, который может прогрессировать и делать «свое дело». Хирурги не учитывают факта коронаростеноза, который имеет место выше и ниже участка стеноза коронарной артерии. В целом 75% больных с ИБС умирают внезапной смертью, внедрение хирургического лечения не может повлиять на данную ситуацию. В заключение четко сформулировал свою позицию в плане консервативного ведения больных с ИБС: сначала нужна адекватная консервативная терапия этого заболевания.

Комментарий проф. И. М. Алишба по поводу выступления А. А. Кириченко:

Возмущен его выступлением, грубо заметив, что все им сказанное скорее вранье и только вводит в заблуждение присутствующих на заседании врачей.

Проф. П. А. Воробьев поддержал точку зрения А. А. Кириченко:

Строгих доказательств принципиальных преимуществ с точки зрения продолжительности жизни хирургической тактики перед терапевтической нет, за исключением отдельных видов множественных поражений коронарных артерий. От коронарографии умирает определенный, пусть и очень небольшой процент пациентов, следовательно, для всего нужны показания и противопоказания, нельзя всем без исключения делать коронарографию. Кроме того, АКШ стоит 25—100 тысяч долларов. Встает вопрос — кто из россиян может заплатить такую сумму. Коронарография стоит 500—700 долларов,

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

лил разницу между терапевтическим лечением ИБС (основано на принципе уменьшения потребности кислорода миокардом) и хирургическим (основной принцип — увеличения притока крови к мышце сердца), акцентировал внимание на преимуществах хирургического метода. Далее, перечислив показания к АКШ, заострил внимание врачей на коронарографии, которая является ведущим методом диагностики ИБС и определяет тактику хирургического лечения.

В заключение отметил, что АКШ — эффективное и безопасное оперативное лечение ИБС, значительно улучшающее прогноз и повышающее процент выживаемости больных с ИБС.

Вопросы к докладчику

Вопрос: «Что делать с больным с острым коронарным синдромом?»

Ответ: «Срочно провести коронарографию, которая определит тактику лечения»;

Вопрос: «Всем ли больным со стенокардией показана коронарография?»

Ответ: «Всем»;

Вопрос: «Сколько больных умирает от коронарографии?»

Ответ: «В нашем отделении — 0»;

Вопрос: «Как часто бывают осложнения при АКШ?»

Ответ: «Осложнения минимальны, если операция выполняется в высококвалифицированном учреждении»;

Вопрос: «Что делать с больным после АКШ, который вновь обращается к терапевту?»

Ответ: «Повторить АКШ, которое может выполняться до 6 раз»;

Дискуссия:

Проф. В. А. Парфенов (ММА им. И. М. Сеченова):

Докладчик обратил внимание практических врачей на необходимость нейропсихологического обследования больных с ИБС. Это касается прежде всего больных с ИБС, которые направляются на АКШ. К сожалению ИБС часто сочетается с цереброваскулярными заболеваниями. Процент ишемического инсульта остается очень высоким у больных с ИБС, перенесших АКШ. У пожилых больных ИБС нередко сочетается с дегенеративными изменениями мозга, которые требуют коррекции нейропротективными препаратами. Однако хирурги мало обращают внимания на нейропсихологический статус больных с ИБС. Эффект оперативного лечения (включая АКШ) таких больных повысится значительно, если хирурги будут тесно сотрудничать с неврологами, терапевтами.

Проф. А. А. Кириченко (РМАПО):

В докладе обращено внимание на преимущество хирургического лечения, по сравнению с терапевтическим, боль-



прослойка льготной категории больных, получающих это лечение бесплатно, у нас в стране небольшая. В этой связи, направляя больного на АКШ, экономическую сторону учитывать необходимо.

Заключение А. В. Покровского

Прогресс в хирургическом лечении больных с коронарной болезнью за 40 лет огромный. Более десятка лечебных учреждений России занимаются коронарной хирургией. Вместе с тем не более 5% больных направляется на АКШ. Потеря страха, как у врачей терапевтов, кардиологов, так и у пациентов к хирургическому лечению ИБС — это основная наша задача на сегодня. Экономическая сторона оперативного лечения — совершенно другой вопрос.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 15.09.2004 г. № 4 (10)

Сопредседатели секции:
ангиохirurg академик РАМН, А. В. Покровский,
терапевт проф. А. А. Кириченко,
невролог проф. В. А. Парфенов.
Оппонент: проф. П. А. Воробьев
Секретарь: к. м. н. Л. А. Положенкова

Тема: «Повышение потенции — повышение качества жизни»

Заседание открыл А. А. Кириченко, обратив внимание присутствующих на то, что обсуждаемая тема важна, т. к. больные с любой жалобой обращаются прежде всего к терапевту.

1. Проф. Г. С. Кротовский (НИЦ ММА им. И. М. Сеченова)

«Лечение васкулогенной импотенции»

Эректильная дисфункция лечится хирургически и консервативно. Сосудистая хирургия эректильной дисфункции относится к ангиохirurgии. В нашей стране ее развитие началось с 1980 года. Хирургическое лечение заключается в восстановлении васкуляризации полового члена. Операция безопасна, не дает осложнений и проводится под наркозом. Предложено несколько модификаций оперативного лечения эректильной дисфункции. Особенность последней модификации состоит в том, что она позволяет провести коррекцию эректильной дисфункции, которая

(Продолжение на стр. 5) ➤

ИнтерНьюс

Количество онкологических заболеваний среди детей в Европейских странах продолжает возрастать

Международное агентство исследований рака (The International Agency for Research on Cancer) на основании анализа данных из 19 европейских стран пришло к выводу, что на протяжении последних трех десятилетий количество онкологических заболеваний у детей возросло. Так, в период между 1970 и 1990 годами распространенность рака у детей возрастала на 1% ежегодно, а среди подростков на 1,5% ежегодно. Распространенность рака в Европе составляет 140 случаев на миллион (дети) и 193 на миллион (подростки). Важно, что возрастает распространенность всех форм рака. Хорошая новость состоит в том, что сейчас длительность жизни у детей и подростков с онкологическими заболеваниями превышает 5 лет в 75% случаев в Западной Европе и в 65% в Восточной Европе.

Ученые не могут однозначно объяснить повышение распространенности онкопатологии у детей. Большинство из них считают, что имеет место сложное сочетание генетических факторов и воздействия внешней среды. Хотя для некоторых форм «детского» рака имеются вполне определенные факторы риска. В частности, лейкозу значительно чаще подвержены дети, родившиеся с высокой массой тела.

Следует отметить, что вакцинация против туберкулеза, напротив, снижает риск заболеть лейкемией.

Источник:

Child cancers steadily increasing.

Продавцу псевдолекарства от рака дали срок

Джейсон Вэйл (Jason Vale), президент компании Christian Brothers Contracting, приговорен судом Нью-Йорка к 63 месяцам тюрьмы за незаконную продажу препарата Laetrile, известного также как амигдалин, «Витамин В-17» или абрикосовые косточки, сообщает Medical News Today. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration (FDA) совместно с прокуратурой и Службой почтовой инспекции провело расследование и добилось привлечения к суду горе-бизнесмена, который активно продавал людям, страдающим от рака, якобы высокоэффективный, а на самом деле высокотоксичный препарат Laetrile. «Нет никаких научных доказательств, что Laetrile может предложить что-нибудь, кроме обманутой надежды, пациентам, некоторые из которых лечились только этим препаратом, избегая традиционного лечения, пока не становилось слишком поздно», — заявил доктор Лестер Кроуфорд (Lester M. Crawford), эксперт FDA.

Массированная рекламная компания и продажи чудо-средства продолжались, несмотря на судебный запрет в апреле 2000 года, Вэйл заработал на этом как минимум 500 тысяч долларов, умудрившись при этом нарушить немало законов и обманув даже правительство, добившись предоставления бесплатной юридической помощи по программе Legal Aid. Суд обязал его возместить расходы на адвоката в размере 31 тысячи долларов.

Амигдалин — это природное органическое соединение из класса гликозидов, содержащееся в горьком миндале, в косточках персика, абрикосов и слив. В кишечнике амигдалин под влиянием ферментов и бактерий разлагается с образованием синильной кислоты и может вызвать тяжелое отравление.

Источник: mednovosti.ru

(Начало на стр. 5) ➤

2. Проф. Н. М. Шевченко (РГМУ)

При развитии мерцательной аритмии риск смертности повышается в 1,5–1,9 раза. Лидирующее место (10–25%) среди осложнений мерцательной аритмии занимают тромбоэмболические инсульты. Перечислив причины развития мерцательной аритмии, особое внимание заострил на идиопатической форме мерцательной аритмии, составляющей 10–15% среди других ее причин. Отметил значение для развития мерцательной аритмии таких факторов риска, как возраст, пол (у мужчин в 1,5 раза чаще, чем у женщин), алкоголь и др. Для профилактики осложнений мерцательной аритмии рекомендовал препараты: плавикс и варфарин.

3. Проф. Е. П. Панченко (Институт кардиологии им. А. Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ)

«Патогенез тромбоза ушка левого предсердия при мерцательной аритмии»

До 30% всех осложнений у больных мерцательной аритмией — развитие ишемического инсульта. Большие достижения в области кардиовизуализации (в частности, введение в практику метода трансэзофагеальной эхокардиографии) позволяет не только визуализировать источник кардиоцеребральной эмболии, но выявить и ликвидировать формы кардиальной патологии, ранее не связывавшиеся с возможностью церебральных эмболических осложнений. Обосновав патогенез тромбоза ушка левого предсердия у больных мерцательной аритмией, отметила, что выявление тромба в левом предсердии и определение его консистенции диктуют необходимость целенаправленного лечения — назначения таким больным непрямыми антикоагулянтов, они могут «разрушить» тромб. Рекомендован низкомолекулярный гепарин клексан, его положительный эффект у таких больных превышает риск возможного развития осложнений, обусловленных введением препарата.

Вопросы к докладчикам

Вопросы к С. П. Голицыну:

Вопрос: «Можно ли назначать амиодарон в амбулаторных условиях?»

Ответ: «Да, его можно назначать больным с мерцательной аритмией амбулаторно без какого-либо риска»;

Вопрос: «Как долго сохраняется синусовый ритм после лечения амиодароном?»

Ответ: «Более двух месяцев»;

Вопрос: «Можно назначить амиодарон вместе с бета-блокаторами?»

Ответ: «Да, такая комбинация даже повышает его эффективность»;

Заключение

В заключение Ю. Н. Беленков сказал, что мерцательная аритмия — не приговор, а диагноз и больного необходимо лечить. Однако следует тщательно обследовать больного, уточнить диагноз. Мерцательная аритмия, осложнившая течение ИБС, тиреотоксикоз, органические поражения левого желудочка (митральный стеноз) требуют комбинированной терапии (антиаритмические препараты сочетаются с препаратами наперстянки, бета-блокаторами и т. д.). Может быть ситуация, когда у больного органическое поражение сердца отсутствует, но бывают пароксизмы мерцательной аритмии, лечение в таких случаях будет другое. Адекватный подбор профилактических мероприятий позволяет реально снизить частоту развития фатальных осложнений мерцательной аритмии.

В заключение приводим мнения слушателей (55 респондентов) по некоторым вопросам анкеты, розданной до начала заседания:

Возраст респондентов: 20–29 лет — 12%; 30–39 лет — 18%; 40–49 лет — 36%; 50–59 лет — 20%; 60–69 лет — 14%; старше 70 лет — нет, пол: мужчина — 26%; женщина — 74%, специальность: терапевт — 56%; кардиолог — 40%; ревматолог — 4%, место работы: поликлиника — 42%; стационар — 58%.

1. Количество больных с мерцательной аритмией, наблюдавшихся у Вас за 1 год (среднее значение): с постоянной формой — 40, с пароксизмальной формой — 16.

2. Пациенты с мерцательной аритмией, получающие постоянную противоритмическую терапию: 70%.

3. Сколько из известных Вам больных с мерцательной аритмией погибло за последний год от пароксизма мерцания? (% респондентов): 0 — 46%; 1–2 — 36%; 3–5 — 10%; 5–10 — 2%; больше — 4%.

4. Препараты, используемые для лечения больных с мерцательной аритмией (% респондентов): бета-адреноблокаторы — 98%, антагонисты кальция — 40%, препараты калия — 48%, ингибиторы АПФ — 44%, нитраты — 24%, диуретики — 32%, альфа-1-адреноблокаторы — 4%, сердечные гликозиды — 84%, кордарон — 20%.

Антиреклама

Альтернативные вмешательства широко применяются во всем мире. Их так принято называть, поскольку они применяются вместо того лечения, которое современная медицинская наука признает обоснованными, действующими. По определению любое вмешательство, которое действительно помогает в лечении заболевания, излечивая его или облегчая страдания, включается в арсенал современной медицины. Исключений просто нет.

И, тем не менее, пациенты прибегают к альтернативным вмешательствам, платят за них большие деньги, отказывая себе и своим семьям в самом необходимом для того, чтобы обогатить мошенников. Они делают это тогда, когда медицина не способна помочь им, или кажется, что альтернативное вмешательство привлекательнее (например, без операции). Справедливости ради надо заметить, что большую часть лиц, «практикующих» альтернативные вмешательства, составляют специалисты с медицинским образованием, в том числе врачи. Именно врачи в основном продают эликсиры, ставят диагноз по радужке глаза и вправляют позвонки и биополе.

В законодательстве России была сделана попытка разделить медицинскую и альтернативную практику. Предполагалось, что «целители» будут появляться «из народа», а местные органы власти будут давать им лицензии, действительные на территории региона. Этот неплохой план не удалось реализовать. Лицензии «целителя» стали выдавать медицинским специалистам, якобы в заботе о безопасности народа, а известный федеральный центр стал проводить обучение врачей вполне ненаучным методам лечения и выдавать слушателям сертификаты «о прохождении обучения на колдуна».

На этой добротной унавоженной почве бурным цветом расцвели предприятия, производящие продукцию и услуги уже открыто шарлатанского свойства. По сравнению с этой продукцией вытяжки из мозгов и плазмы крови теллят выглядят высокотехнологичной продукцией. В материале онкологов о «Б-г-усе» отчетливо видны некоторые типовые приемы обмана: деньги вперед; использование псевдостраховых схем для оплаты услуг; апелляция к авторитету зарубежных учреждений; выполнение услуг якобы зарубежными подрядчиками; использование псевдонаучной терминологии. К сожалению, эти приемы очевидны только для тех, кто систематически сталкивается с обманом в медицине.

Для большинства неумудренных медицинским образованием людей «частотная характеристика крови» и «гармонизация биоэнергетических потоков со вселенной под действием низкоэнергетического лазера» выглядят вполне правдоподобными выражениями. «Потребители медицинских услуг» не являются информированными и независимыми потребителями. Они нуждаются в нашей защите. Государство не способно пока защитить их. Оно выдает лицензии на самую причудливую деятельность и спокойно взирает на впаривание потребителям «Золотого конька» для целей, совсем иных, чем зарегистрированные, на «кибернетические» методы лечения хламидийной инфекции и на товар, подобный «Б-г-усу». Нашей обязанностью является оказание давления на государственные органы с тем, чтобы заставить их выполнять свои обязанности перед обществом.

В. В. Власов

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

- ❖ Ежемесячный толстый 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:** mtpndm@dol.ru, **www.zdrav.net**, **www.zdravkniga.net**.

Индекс журнала 72767 по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

Реплика в тему

Антиреклама

Пациенты голосуют ногами. Есть такой известный способ. Альтернатива — с каждой газетной полосы и из каждого радио-телеэфира. Пациенты бегут из здравоохранения, и совсем скоро останемся мы с вами, дорогие друзья, при своем интересе. Но без пациентов. Они будут пить БАДы и крыть медицину, от которой, наконец, избавятся. Не будут стоять в очередях в казенных учреждениях, ходить в туалет один на тридцать-сорок пациентов, встречаться с нашим равнодушием и «любезностью» персонала от санитарки до главного врача (с последним встречаюся реже). А деньги — сегодня полтора официального бюджета здравоохранения они — пациенты — уже несут мимо системы здравоохранения. Не видать в таких условиях повышения окладов.

В том, что широкое развитие получили колдуны, ведуньи, биоэнерготерапевты и прочие жулики, виноваты и мы с вами. Это — не посыпание головы пеплом, но факт: ведущие, выдающиеся, известнейшие, авторитетные «наши» молчат. Это — удивительно. Сначала казалось — продажные журналоги зажимают, не дают честному слову дойти до читающих и страждущих масс. Ан — нет: в газетах и журналах с удовольствием публикуют антирекламный ма-

териал, лишь редакторы немного ворчат, что на деньги парамедицинской рекламы они живут. И в телевизор охотно зовут поговорить о выдуманных болезнях. И не вызывает эта тема отторжения у непросвещенной аудитории, какое она вызывает во врачебной среде.

Встречаю уважаемых (см. выше) и они заявляют — не во всем мы с Вами согласны, так не надо, у Вас проскакивают неправильные мотивы. Не совсем в тему, но близки слова В. Высоцкого: «Но ясновидцев, впрочем, как и очевидцев, во все века сжигали люди на кострах». Впечатление, что большинство (если не все) специалистов не хотят «связываться», не хотят опускаться с сияющих вершин. Но помните диагноз А. Галича: «каждый раз мы молчали по-разному, но не «против», конечно, а «за». Молчание, уважаемые коллеги, стоит многого. И вот уже преподаватели медвуза советуют студентам БАДы или порешать вопросы с биоэнергией и резонансами. А почему бы и нет — все великие молчат. Каждый молчит, наверное, из-за своих причин, но в целом получается заговор молчания, «заговор равнодушных».

Гл. редактор П. Воробьев

ИнтерНьюс

Модифицируемые факторы сердечно-сосудистого риска способствуют прогрессированию диабетической нейропатии.

Диабетическая нейропатия является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности у больных сахарным диабетом. Тем не менее, для нее нет обоснованных методов лечения, кроме контроля гликемии. Это обуславливает необходимость изучения всех модифицируемых факторов, способствующих развитию и прогрессированию нейропатии при сахарном диабете. Доктор Соломон Тесфай и его коллеги (Клиника Royal Hallamshire Hospital, Шеффилд, Великобритания) проанализировали данные 1172 пациентов с сахарным диабетом I типа, наблюдавшихся в 31 центре исследования European Diabetes Prospective Complications Study. Наличие нейропатии определялось исходно, в 1989—91 гг., и спустя 7,3 года наблюдения. За этот период нейропатия развилась у 276 участников. Известно, что кумулятивная частота развития нейропатии зависит от уровня гликированного гемоглобина и стажа сахарного диабета. После поправки на эти факторы оказалось, что риск нейропатии достоверно связан с повышением уровня общего холестерина (отношение шансов — 1,26 на одно стандартное отклонение), холестерина липопротеинов низкой плотности (1,22), триглицеридов (1,35), увеличением индекса массы тела (1,40), повышением концентрации фактора фон Виллебранда (1,20), уровня альбуминурии (1,25), артериального давления (1,92), а также с курением (1,55). После поправки на все возможные вмешивающиеся факторы риск нейропатии оставался достоверно связанным со стажем сахарного диабета, уровнем гликированного гемоглобина в настоящее время и в динамике, индексом массы тела и курением, а также с наличием исходной сердечно-сосудистой патологии (2,12). Контроль липидного обмена, артериального давления, массы тела, отказ от курения могут существенно снизить риск развития и прогрессирования диабетической нейропатии — столь же эффективно, как и контроль гликемии, утверждают д-р Брюс Перкинс и д-р Вера Бриль (Университет Торонто, Онтарио, Канада) в редакционной статье того же номера *New England Journal of Medicine*.

Источник:

N. Engl. J. Med. 2005; 352: 341—50.

В журнале *Current Opinion in Gastroenterology* опубликован обзор нынешнего состояния трансплантации кишечника

С улучшением результатов пересадки ее роль в ведении пациентов с недостаточностью тонкого кишечника становится все более ясной. В то время, как некоторые больные получают длительное полное парентеральное питание, у других развиваются угрожающие жизни осложнения, и они являются кандидатами для трансплантации. В обзоре указывается, что необходимо усилить попытки для определения прогноза неэффективности парентерального питания и выявить те уникальные механизмы, которые влияют на исход пересадки тонкого кишечника.

Источник:

Current Opinion in Gastroenterology, 3, 2005



Юбилейная X Международная научно-практическая конференция

«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

28—30 сентября 2005 года
Центральный Дом Ученых РАН, Москва
Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net,
т/ф (095) 118-74-74 E-mail: mtpndm@dol.ru

Среди организаторов: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Московский государственный медико-стоматологический университет, Научное медицинское общество геронтологов и гериатров, Геронтологическое общество РАН, ООО «МТП Ньюдиамед».

Основные научные направления конференции:

- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Современные геронтологические технологии. Организация медицинской и социальной помощи пожилым.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии
- Геронтофармакология

Предоставление тезисов до 15 июня 2005

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет **1600 руб.** и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, обед. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции.

К/с 301 018 100 000 000 005 05; Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)
БИК 044 579 505; Код по ОКОНХ: 91514; Код по ОКПО: 189 440 19; ИНН 770 224 522 0; КПП 770201001

Правила оформления тезисов:

Тезисы объемом до 1 страницы формата А4, шрифт 12, 1,5 интервала в 2-х экземплярах высылаются в Оргкомитет. К тезисам прилагается дискета с электронным вариантом (Word для Windows). Возможна пересылка материалов по электронной почте (mtpndm@dol.ru) **вложенным файлом**. Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В тезисах должны быть указаны название, авторы, организация, желателен — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение.

Образец:

НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТЫ (большими буквами)
Авторы — Инициалы, Фамилии
Учреждение, в котором выполнена работа
Текст

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

Фамилия, имя, отчество _____

Место работы и должность: _____

Адрес для переписки: _____

Телефон/факс (код города) _____ E-mail _____

Форма участия (отметить):

Слушатель , Стендовый доклад , Устное сообщение

Название доклада (указать соавторов) _____

Гостиница: Не нужна Нуждаюсь

Желательно односторонний номер Место в двухместном номере

ИнтерНьюс

Эмоции и поведение крайне важны в развитии острого коронарного синдрома, установили ученые из Лондонского University College.

Д-р Филипп Страйк и д-р Эндрю Стептоэ получили убедительные доказательства того, что эмоциональный стресс, гнев, чрезмерное возбуждение, физическая перегрузка, особенно у лиц, обычно ведущих малоподвижный образ жизни, могут вызвать острый инфаркт миокарда и внезапную коронарную смерть. Все эти триггеры действовали в течение 24 ч до развития острого коронарного синдрома, однако анализ опубликованных в 1970—2004 гг. данных показал, что провоцирующие факторы обычно имели место за 1—2 ч до развития симптомов. По данным исследования Multicenter Investigation of Limitation of Infarct Size, 48,5% из 849 участников сообщили о возможном внешнем триггере, провоцирующем острый инфаркт миокарда. Самыми частыми триггерами были эмоциональный стресс и умеренная физическая активность, за которыми следовали дефицит сна и переизбыток. У 13% участников имело место воздействие нескольких провоцирующих факторов. По данным других исследований, о воздействии внешних триггеров чаще сообщали мужчины, лица более молодого возраста, не страдающие диабетом. Согласно результатам одного из исследований, вероятность развития инфаркта миокарда после физического перенапряжения была в 7 раз выше у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, по сравнению с теми, кто занимался физическими упражнениями более 3 раз в неделю. Тем не менее, подчеркивают авторы в новом номере Psychosomatic Medicine, абсолютный риск сердечно-сосудистых событий после воздействия внешних триггеров (включая секс) был крайне низок, менее 1 : 1000000.

Источник:

Psychosomatic Medicine 2005; 67: 179—86.

Зависимость между диетой и факторами образа жизни и перемежающейся хромотой по данным Finnish Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study

Зависимость между диетой, факторами образа жизни и перемежающейся хромотой была исследована в Finnish Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study. Когорта включала 26872 курильщиков в возрасте 50—69 лет, не имевших перемежающуюся хромоту на момент начала исследования. В течение среднего срока наблюдения в 4 года 2578 мужчин сообщили о признаках данной патологии. Курение, уровень систолического артериального давления, общего холестерина и наличие сахарного диабета положительно ассоциировали с риском перемежающейся хромоты. Серологический уровень холестерина липопротеинов высокой плотности был негативно связан с риском для нее. Потребление диетической клетчатки и Ω -6 полиненасыщенных жирных кислот было обратно пропорционально связано с риском для данной патологии, как и потребление витамина С, γ -токоферола, каротиноидов, а также уровень α -токоферола и β -каротина в сыворотке крови. Прекращение курения приводило к снижению риска для перемежающейся хромоты.

Источник: *Vitamins.ru*

Дорогой Павел Андреевич!

Думаю, что в условиях дефицита доброты и воли опубликование этого письма может иметь воспитательное значение. Я имею в виду Вашу газету и 60-летие Победы.

Б. П. Богомолов
22.02.2005

ЛИЧНОСТЬ



Авиамеханик 106-го штурмового авиационного Померанского ордена Богдана Хмельницкого полка Хурчак Алексей Петрович.
Германия 21.04.1945 г.

Здравствуй, многоуважаемый Борис Павлович и Ваша семья!

Большое Вам спасибо за дорогой подарок, который принесла мне милостивая женщина 28 января в 17 часов, извинившись за задержку его вручения по болезни ребенка. От такой неожиданности я не сумел спросить ее имени, только она скороговоркой сказала, что живет в центре города, а муж работает в Александро-Мариинской больнице. Причем, этим подарком **Вы поздравили нас с Днем Великой Победы самым ПЕРВЫМ**. Я до сих пор во взволнованных чувствах и жаль, что Вы далеко в столице: и мы бы в долгу не остались. В голове снова воскресла военная боевая юность, тяжелое ранение под Берлином, переправка на санитарном эвакопоезде в Москву, куда я прибыл 17 мая 1945 г. на Белорусский вокзал, а затем в госпиталь, созданный в университете им. Баумана, побывав в двух ППХТ (полевой передвижной хирургический госпиталь) в Германии, затем еще в трех госпиталях России и был комиссован 25 декабря 1945 г. как инвалид 2-й группы с врачебным «приговором»: «...ходить не может, к месту жительства ехать с сопровождающим», а на счет работы написали в графе: «Для ПРИСПОСОБЛЕНИЯ». Дома мама утешала меня: «Сынок! Тебе я дала имя Алексей — Божий человек: будет все хорошо! Ангелы — хранители тебе помогут. Не унывай и надейся на лучшее». Мои однополчане из 106-го штурмового авиационного Померанского ордена Богдана Хмельницкого полка в письмах ободряли меня, желали скорейшего выздоровления, вспоминали мой фронтовой девиз: «**Мы не дрогнем!**».

Исподволь, сначала стал ходить на протезе до соседнего дома, затем квартал и т. д. Предстояла работа, чтобы не сидеть на шее родителей, ведь у меня было образование средней школы и Астраханской авиашколы. В учреждениях, куда я обращался, получал отказ из-за 2 группы инвалидности. Долго упрашивал ВТЭК дать мне III группу инвалидности и добился своего.

Встреча со школьным другом определила мою судьбу и профессию юриста, которой я отдал свои лучшие годы, работая в прокуратурах Зеленгиского (ныне Володарского), Красноярского районов, а затем до конца пенсионного возраста в облпрокуратуре. Я познал трудовую жизнь сельчан, рыбаков, колхозников, партийную и т. д. Рано возмужав на фронте, когда мне вручили самолет-штурмовик Ил-2, а вместе с ним и ответственность за судьбу летчика, воздушного стрелка и материальную часть с боевым вооружением самолета, которого прозвали «летающим танком» (вес 6 000 кг) с боекомплектом «черной смертью». И это... в возрасте 19 лет. Спасибо командованию и однополчанам нашего многонационального авиаполка (были даже три испанца — авиамеханики!), которые были дружной боевой семьей.

Фронтовая жизнь научила многому! После излечения и начала работы я всегда был благодарен судьбе и помнил стихотворение:

Не склоняй головы пред судьбой,
Беспощадно в глаза ты ей смейся.
Смело в жизни иди в трудный бой —
Только веруй, люби и надейся!

Силой воли достигнешь всего
И судьба пред тобой покорится.
Знай, что счастья лишь нет у того,
Кто его не умеет добиться!

Несмотря на мою инвалидность, я работал безотказно и четко выполнял все поручения наравне со здоровыми коллегами (имею в трудовой книжке 17 благодарностей и одна от Генерального Прокурора СССР, Почетные Грамоты и ценные подарки).

Выехав в командировку в Лиманский район, в котором я работал два месяца, я от грязной воды заболел амёбной дизентерией. Лечился сначала амбулаторно, затем в больнице им. Бехтерева, потом в новой областной инфекционной больнице и дважды в онкологическом центре им. Герцена в Москве (проктологическое отделение). Мне предлагали хирургическое удаление толстого кишечника, а я не согласился «будь, что будет!» в надежде на выживание. Мое знакомство с Вами вселило богатырский дух, оптимизм и надежду. Вы много приложили сил, чтобы я пошел на поправку и это получилось. Помните, как я на мотоколяске рано



Хурчак Алексей Петрович
9.05.2002 г.

утром приезжал в больницу Бехтерева. Вы осматривали меня и давали собственноручно изготовленный колибактерин, новые таблетки, убеждая меня верить в успех, и я приспособился к трудностям с кишечечно-язвенным колитом: точно идти по прямой дорожке, не сворачивая влево или вправо. И еще! Перед отъездом в Москву, Вы пришли ко мне в палату, где я лечился в областной инфекционной больнице, долго беседовали и дали установку на излечение: «так держать!». Эмоциональный дух помог мне во всем. Я продолжал работать до пенсионного возраста. Низкий Вам поклон, личная благодарность от меня и моей семьи. Это незабываемо! Мы с Вами обоюдно победили тяжелый недуг и справились с успехом. Вот так бы лечили все медики!

Я неспроста все вспомнил и написал Вам это письмо. Оно того стоит, если не более солидной благодарности! Теперь я научился управлять своим организмом, ведь мне уже скоро... 81 год (I/IV).

Спасибо за Ваше внимание ко мне, ветерану, и большой подарок к Дню Победы, в связи с его 60-летием. Надеюсь на безграничную нашу мужскую дружбу и взаимопонимание во всем. Привет Вашей семье и добрые пожелания.

Крепко обнимаем, ждем Вашу руку — все Хурчаки.

Комментарий члена-корреспондента РАМН профессора Б. П. Богомолова

История болезни А. П. Хурчака, 1924 г. рождения, участника Великой Отечественной войны, демонстрирует пример трансформации кишечного амёбиоза в неспецифический язвенный колит. Благодаря адекватному консервативному лечению относительно благоприятное течение заболевания длится уже более 40 лет. Пациент сохраняет трудоспособность, занимает активную жизненную позицию.

Начало болезни относится к 50-м годам прошлого столетия, когда широко практиковалось хирургическое лечение неспецифического язвенного колита (путем тотальной или частичной колонэктомии). Как видно из письма А. П. Хурчака, он отказался от предложенной ему операции. Последующие годы показали ограниченные возможности хирургического лечения неспецифического язвенного колита при своевременной диагностике в большей части случаев отпала.

Гораздо чаще, чем с амёбиозом, наряду с другими факторами, провоцирующими скрытое (субклиническое) течение болезни, клинический дебют заболевания связан с шигеллезами, особенно леченными в прошлом комбинацией антибактериальных препаратов и дизентерийной вакцины, а также с сальмонеллезами. В современных условиях методом выбора лечения больных неспецифическим язвенным колитом является применение салазопиридозинов (сульфосалазина, салазопирина, солюфалка и др.) в сочетании с назначением адекватных патогенетических, симптоматических лекарственных средств и диетотерапии. Хирургический метод лечения неспецифического язвенного колита применяется, как правило, в поздно диагностируемых случаях, чаще всего с тотальным поражением толстой кишки и его осложнениями.

Все последнее десятилетие в России наблюдается резкое падение рождаемости и снижение доли повторных родов с 51% до 41% и лишь в последние несколько лет ситуация стала немножко выправляться. Повлиять на эти процессы медицина бессильна, но есть в проблеме и медицинская составляющая. На состояние репродуктивного здоровья существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье женщин. Хроническими болезнями страдает 70% беременных женщин, у 86% во время беременности возникают острые заболевания.

Сердечно-сосудистые заболевания — наиболее часто встречающаяся группа экстрагенитальной патологии у беременных и одна из ведущих причин материнской смертности, несмотря на резкое снижение ее в последние два—три десятилетия. В гестационный период возникают физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца, обусловленные повышенной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему. У беременных, страдающих заболеваниями сердца и кровеносных сосудов, такие гемодинамические сдвиги могут оказаться неблагоприятными и даже опасными вследствие наложения их на уже существовавшие, связанные с болезнью изменения гемодинамики.

Заболевания пищеварительной системы являются самыми частыми хроническими болезнями у беременных (170 больных из 1000 обследованных терапевтов женской консультации). Данная патология сказывается на состоянии и самочувствии беременных женщин, ухудшая качество жизни, и часто течение этих болезней видоизменяется под влиянием беременности.

Неуклонно растет число беременных, больных анемией, особенно железодефицитной. Это не новая, но до сих пор не решенная проблема. Большое клиническое звучание приобрел ДВС-синдром, с которым связано развитие целого ряда патологических процессов, в частности метроррагий, тромбозов и тромбозомболий.

Болезни органов внутренней секреции и обмена веществ — серьезная проблема экстрагенитальной патологии у беременных. Количество больных, попадающих в родовспомогательные учреждения, неуклонно растет. Ежегодный прирост частоты болеющих сахарным диабетом и ожирением наблюдается во всех развитых странах. От дефицита йода страдает население стран Европы и наиболее густонаселенные территории России.

Отмечен рост числа психических заболеваний, алкоголизма, наркомании. Число больных туберкулезом за последние 5 лет возросло в 2 раза.

Участие врача — терапевта в ведении беременных стало необходимым. Одновременно вынужденно повысился интерес врачей-акушеров к патологии внутренних органов, поскольку экстрагенитальная патология не только определяет во многих случаях состояние женщины в гестационном периоде, но с нею связано 17—20% материнской смертности. Врач-интернист должен хорошо знать физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины. Например, закономерную лейкомоидную реакцию на беременность, значительное увеличение РОЭ не следует рассматривать как лейкоз. Субфебрилитет — не патология. Изжога — следствие рефлюкса желудочного сока в пищевод вследствие недостаточности кардии и усиления желудочной секреции, а не гастрита или язвы. Дискинезия

желчных путей и запоры обусловлены релаксирующим влиянием гиперпродукции прогестерона на гладкую мускулатуру полых органов. Гиперкоагуляция чаще всего не требует антикоагулянтной терапии.

Врачу-интернисту необходимо учитывать возможность появления у здоровой беременной ложных признаков заболевания внутренних органов. Интернист должен уметь избирать эффективные, но в то же время безвредные для матери и плода методы обследования.

Осуществляя наблюдение за беременной, страдающей заболеваниями внутренних органов, терапевту нередко приходится решать проблемы не только медицинские, но и моральные, социальные. Отсутствие детей может стать причиной для разрушения семьи. В некоторых случаях желание больной женщины иметь ребенка, создать полноценную семью столь сильно, что она идет на заведомый, а иногда неоправданный риск. В этих случаях приходится привлекать к принятию решения о возможности беременности обоих супругов, родителей женщины. Иногда врач должен твердо настоять на предупреждении или прерывании беременности.

Приводим историю болезни беременной с апластической анемией.

Больная М., 26 лет. На 17-й неделе 6-й беременности была обнаружена панцитопения с преимущественным поражением эритроцитопоэза. Проведено лечение кортикостероидами и заместительная гемотранфузионная терапия. Однако наблюдалось прогрессирование цитопении, усиление геморрагического синдрома. Для решения вопроса о дальнейшем ведении больной госпитализирована в Научный центр акушерства, гинекологии и педиатрии РАМН. Поступила в 29—30 недель беременности с жалобами на слабость, носовые

кровотечения, синяки на коже, боли в горле. Резко выражены бледность кожи и губ. Геморрагическая сыпь разной величины на коже груди, живота, ног. Пульс 120 в 1 минуту. Систолический шум на верхушке сердца. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: эритроцитов $1,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 31 г/л, гематокрит 15%, лейкоцитов $1,8 \times 10^9/л$, базофилов 2%, эозинофилов 20%, нейтрофилов 8%, моноцитов 5%, лимфоцитов 65%, нормоцитов 1%, ретикулоциты 3%, тромбоциты — единичные в поле зрения, РОЭ 80 мм/час, гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз незначительно выражены. Сывороточное железо 14,1 мкмоль/л. Тромбоэластограмма: резко выраженная гипокоагуляция.

Обследование подтвердило диагноз апластической анемии, геморрагического синдрома, анемической миокардиодистрофии, стероидного эрозивного гастрита. Произведено прерывание беременности через естественные родовые пути после предварительной массивной (23 л) заместительной терапии тромбо- и эритроцитомассой, отмытыми эритроцитами, плазмой, преднизолоном. Родилась девочка массой 1800 г, ростом 41 см, с оценкой по шкале Апгар 4 балла, признаками недоношенности, гипотрофии I—II степени, внутриутробной пневмонией, ДВС-синдромом (легочное и желудочное кровотечение), острой легочно-сердечной недостаточностью, анемией. Ребенок умер на 11-е сутки. Больная переведена в Гематологический научный центр РАМН.

(Продолжение на стр. 10) ↗

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР



НУЖЕН ЛИ ТЕРАПЕВТ В АКУШЕРСТВЕ?

(Академическая группа академика РАМН Ф. И. Комарова. Кафедра акушерства и гинекологии ММА им. И. М. Сеченова)

ВПЕРВЫЕ В РОССИИ ЕДИНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТРУДОЗАТРАТ

НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

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

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

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

ИнтерНьюс

Выпивая до трех бокалов вина в день, можно снизить риск болезни Альцгеймера в пожилом возрасте у людей, не несущих аллеля апополипротеина E (ApoE e4), сообщается в научном издании Journal of the American Geriatrics Society

Большинство исследований о связи умеренного употребления алкоголя со снижением риска слабоумия было проведено в Европе. Поэтому оставалось неясным, существует ли такая же закономерность и у пожилых американцев, культура употребления алкоголя которых может отличаться от европейской.

Доктор Ричард Мэйо и его коллеги из Университета Колумбии в Нью-Йорке проанализировали данные почти тысячи пожилых жителей Манхэттана в период с 1991 по 1996 гг. В начале исследования случаев слабоумия выявлено не было. В течение последующего 4-летнего периода у 20% из них развилась болезнь Альцгеймера. По сравнению с непьющими, риск заболевания у употреблявших до трех бокалов вина в день был ниже почти в два раза. Употребление других алкогольных напитков не имело такого эффекта. В ходе дальнейшего анализа исследователи выяснили, что очевидная польза от употребления вин наблюдалась только у людей, не несущих связанный с болезнью Альцгеймера аллель ApoE e4. Однако, учитывая потенциальный риск, связанный с алкоголем, и то, что исследование проводилось в форме наблюдения, «рекомендации об употреблении алкоголя не должны быть основаны на данных результатах» — подчеркивают авторы. «Даже если истинный защитный эффект и существует, способность вина предотвращать болезнь Альцгеймера может привести к увеличению риска других заболеваний».

Источник: Vertigo.ru

Отказ от курения после перенесенного инфаркта миокарда позволяет существенно снизить смертность уже в первые 30 дней, установили ученые из Университета Алабамы (Бирмингем, США)

Д-р Томас Хаустон и его коллеги проанализировали данные 16743 курильщиков старше 65 лет, наблюдавшихся в различных клиниках США (n = 2971) с диагнозом «острый инфаркт миокарда» и выписанными домой. В целом, у 41% пациентов уже в стационаре было проведено консультирование по вопросам отказа от курения.

Оказалось, что у получавших подобное консультирование больных была ниже смертность через 30 дней (2% против 3%), 60 дней (3,7% против 5,6%) и 2 года (25% против 30%). После поправки на демографические характеристики, сопутствующие заболевания, медикаментозную терапию, максимальное снижение риска смерти было отмечено для 30-дневных показателей — 19%. В течение первого года этот протективный эффект сохранялся, но затем постепенно ослабевал.

Таким образом, польза отказа от курения у лиц с сердечно-сосудистой патологией проявляется раньше, чем было принято считать — уже в первые 30 дней.

Источник:
Am. J. Med. 2005;
118: 269—75.

ИнтерНьюс

Более половины всех случаев инсульта у леченных гипертоников можно предотвратить за счет лучшего контроля артериального давления

По словам д-ра Кайри Ли и его коллег (Университетская Клиника Malmö, Швеция), до настоящего времени недостаточно изучалась связь частоты инсульта с качеством лечения артериальной гипертонии. В исследование Malmö Cancer and Diet Study вошли все мужчины и женщины 45—73 лет, проживающие в соответствующем регионе Швеции. Включение в исследование проводилось в 1991—96 гг., наблюдение продолжалось до конца 1999 г.

В целом, артериальная гипертония была диагностирована у 16648 человек (около 60% от общего числа участников). Среди гипертоников лишь 23% принимали антигипертензивные препараты, в том числе бета-блокаторы, диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ. Но даже среди леченных пациентов, у 88,2% контроля артериального давления достичь не удавалось (140/90 мм рт. ст. и выше). Умеренное и выраженное повышение артериального давления (160/100 мм рт. ст. и выше) отмечалось у 49,5% пациентов.

За время наблюдения было зарегистрировано 137 инсультов среди леченных гипертоников: 7 случаев среди лиц с адекватным контролем артериального давления, и 130 — среди лиц с неконтролируемой артериальной гипертонией. Общая частота инсульта на 100000 человеко-лет составила, соответственно, 289 и 705. Для сравнения: частота инсульта среди не лечащихся гипертоников достигала 363 на 100000 человеко-лет. Вероятно, больные артериальной гипертонией, у которых не удается, несмотря на лечение, достичь адекватного контроля артериального давления — это особая группа с наибольшим риском развития инсульта.

Источник:

Stroke 2005;

early online publication

Ассоциация курения и нарушений диеты по данным Food Habits of Canadians Survey

По данным Food Habits of Canadians Survey (1997—1998 гг.) было обследовано 1543 человека в возрасте 18—65 лет. Курильщики имели более высокое потребление общего количества жиров, в том числе насыщенных, и более низкое потребление фолиевой кислоты, витамина С и диетических волокон, чем некурящие. Курильщики потребляли значительно меньшее количество фруктов и овощей, что и привело к понижению потребления витаминов.

Источник:

Journal of Nutrition, 7, 2001

(Начало на стр. 9) ➤

У данной больной, как и во всех подобных случаях, прерывание беременности не оказало благотворного влияния на течение основного заболевания, но позволило гематологам применять лечебные средства без оглядки на внутриутробный плод и сохранить женщине жизнь. Чаше прогноз для матери при апластической анемии плохой. Летальность достигает 45%. Продолжительность болезни от выявления до смерти 3—11 месяцев.

Возникает закономерный вопрос: может ли один акушер, даже имеющий специальную подготовку, решать вопросы, связанные с заболеваниями внутренних органов у беременных? Может ли терапевт, редко видящий беремен-

ных, сразу сориентироваться в возникшей проблеме? Лишь при тесном сотрудничестве, возможно, добиться хороших результатов, сохранить здоровье беременных женщин, дать жизнь здоровому ребенку.

В одной статье невозможно даже вскользь упомянуть обо всех заболеваниях внутренних органов, возникающих в гестационном периоде. Данной публикацией мы хотим открыть цикл статей по экстрагенитальной патологии, ориентированный преимущественно на практических врачей акушеров-гинекологов, терапевтов, работающих с беременными.

Ф. И. Комаров

О. В. Козинова

Л. А. Пелюженкова

Эта патология встречается часто, особенно у пожилых, но нечасто диагностируется. У большинства здоровых людей функция почек к 70—80 годам снижена на 50—70% по сравнению с молодыми. Такое положение дел влияет и на выведение лекарств и является фактором риска развития терминальной почечной недостаточности. Чаше всего патология почек протекает незаметно и выявляется уже в виде нарушенной функции. Это абсолютно не противоречит тому, что болезни почек — хронический гломерулонефрит, активный пиелонефрит — закономерно приводят к почечной недостаточности. Чаше всего — в относительно молодом возрасте. Но у пожилых вовсе не всегда можно выявить заболевание, которое привело к почечной недостаточности. Нередка ситуация, когда у пациента аденома простаты, незначительная инфекция мочевыводящих путей — и внезапно почки прекращают функционировать. Или — воспаление легких, и — анурия. Почему?

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

НЕСКОЛЬКО СЛОВ О ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Если внимательно расспрашивать таких пожилых пациентов, то выяснится, что многие встают ночами в туалет. И мужчины (что списывают на наличие аденомы), и женщины (что объясняют хроническим циститом). Однако стоит посмотреть удельный вес (относительную плотность) мочи, сделать пробу по Зимницкому: если он не сильно отличается от 1014 — удельного веса плазмы крови, и незначительно различается в разных порциях, то налицо первый признак почечной недостаточности — изогипостенурия. Она свидетельствует о канальцевой недостаточности. Следом нужно сделать пробу Реберга — посмотреть выделительную функцию почек, скорость клубочковой фильтрации.

Почечная недостаточность может носить обратимый характер, тогда она называется парциальной преходящей почечной недостаточностью. О чем речь? Например, высокая температура, человек мало пьет воды (нужно на каждый градус повышенной температуры примерно литр жидкости в сутки), перестает ходить в туалет. Или делает это один раз в день. Моча концентрированная, цвет ее насыщенный. Проба Реберга покажет снижение фильтрации, реабсорбция при этом не страдает. Пройдет день два, температура нормализуется и ситуация разрешится. Но если уже есть недостаточность почек, как это бывает у пожилых, преходящие нарушения могут привести к резкому ее обострению.

Или другой вариант: у больных с перитонитом или кровотечением из язвы после операции повышается уровень

мочевины и креатинина. Нормальное течение послеоперационного периода — и патология разрешается сама собой. Не будет нормального течения — ситуация усугубляется, можно говорить о развитии острой почечной недостаточности. Нередко имеется сочетание нескольких факторов, в частности, применение нефротоксических антибиотиков, в первую очередь — опасных, но широко применяемых даже амбулаторно аминогликозидов.

Механизм развития почечной недостаточности всегда связан, вне зависимости от причины, с нарушением почечной микроциркуляции: стазы, микротромбозы, воспаление, нарушения проницаемости базальной мембраны, нарушение активности эпителия почечных канальцев. Если микроциркуляция быстро восстанавливается, почечная недостаточность быстро разрешается и может не проявляться клинически. Но если тромбоз затягивается, развивается некроз почечных тканей. Массивный некроз — будет развернутая картина острой почечной недостаточности, «объем» некроза поменьше — клинически можно ничего и не заметить. Постепенное накопление микроишемических поражений сопровождается постепенным соединительнотканым перерождением ткани почек, исподволь развивается нефросклероз. И снижается почечная фильтрация.

Представления о микроциркуляторных нарушениях как основе патоморфоза почечной недостаточности заставляет искать пути лечения этой патологии не только в традиционном направлении снижения продукции азотистых шлаков (диета с низким содержанием белка и высокой калорийностью, кетонами аминокислот), но и в обеспечении нормального кровотока в сосудах почек. Достигнуть этого можно применением прямых антикоагулянтов (гепарин, низкомолекулярные гепарины — фраксипарин, клексан), антиагрегантов. История с эффективностью гепарина при почечной недостаточности насчитывает уже около 20 лет: продемонстрировано наличие у этих больных хронического ДВС-синдрома, показано, что если клубочковая фильтрация более 15 мл/мин, то в течение 2—3 недель удается существенно снизить уровень азотистых шлаков. Дозы препаратов должны быть профилактическими, теми, которые не требуют лабораторного контроля. Вопрос о том, как долго применять такую терапию, не имеет однозначного ответа. Но есть небольшой опыт применения гепарина в течение нескольких лет непрерывно с очень неплохим результатом.

Эти подходы ждут своих исследователей, так как реально методов консервативного лечения хронической почечной недостаточности нет. Стадия консервативной терапии, латентной, начальной хронической почечной недостаточности может продолжаться много лет. Если больных правильно вести в это время, контролировать артериальное давление, уровень сахара, избегать вирусных инфекций и быстро купировать бактериальные, то решается главная терапевтическая задача: продлить жизнь пациента. Обратного развития при этой патологии ожидать не приходится.



ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Управление качеством

ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

по стандартизации, лицензированию, аккредитации в управлении качеством в здравоохранении

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ!

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

Журнал осуществляет первую публикацию нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении.

Наш адрес:

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

Тел./факс: 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdravkniga.net

ПРОГРАММА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МГНОТ

В среду 11 мая 2005 года в 17 час. 30 мин. в конференц-зале ГВКГ им. Н.Н. Бурденко (Госпитальная площадь, 3) состоится пленарное заседание общества, **посвященное 100-летию юбилею М. И. Теодори.**

Повестка дня:

1. Д. м. н., проф. А. И. ХАЗАНОВ (ГИУВ МО РФ). Мильтиад Иванович Теодори и школа терапевтов Главного Госпиталя. 30 мин.

Мемориальный доклад посвящен 100-летию юбилею видного отечественного ученого интерниста, главного терапевта Главного Военного Клинического Госпиталя имени академика Н. Н. Бурденко доктора медицинских наук профессора, генерал-майора медицинской службы М. И. Теодори, основным направлениям его научно-практической деятельности, созданной терапевтической Школе ГВКГ.

2. Академик РАЕН, проф. В. М. КЛЮЖЕВ, доцент Н. Л. КРЫЛОВ, академик РАЕН, проф. В. Н. АРДАШЕВ, д. м. н., проф. П. В. ИПАТОВ, д. м. н. Н. П. ПОТЕХИН, А. Ф. БАХТИН (ГВКГ им. Н. Н. Бурденко). Неотложная специализированная помощь и современные медицинские технологии в многопрофильном лечебном учреждении. 30 мин

Одним из краеугольных камней в организации неотложной специализированной медицинской помощи в многопрофильном лечебном учреждении является использование современных медицинских технологий.

В докладе представлен опыт ГВКГ им. Н. Н. Бурденко по использованию в интересах неотложной диагностики патологии различных органов и систем, в том числе тяжелых травматических повреждений компьютерной томографии, ЯМРТ, ультразвуковых исследований, ангиографических методик, применение в целях неотложной реваскуляризации миокарда при острых коронарных тромбозах транслюминальной коронарной ангиопластики и ряда других современных высокотехнологичных методик.

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

В среду 25 мая 2005 года в 17.00 на кафедре анатомии состоится заседание Правления и Ревизионной комиссии.

В среду 25 мая 2005 года в 17.30 в Анатомическом корпусе ММА им. И. М. Сеченова (Моховая, 11) состоится пленарное заседание общества, **посвященное 110-летию со дня рождения академика АМН СССР Евгения Михайловича Тареева.**

Повестка дня:

1. Клиническое наблюдение: обратное развитие множественных системных проявлений болезни Крона у молодой женщины. 15 мин.

2. Академик РАМН Н. А. МУХИН (ММА им. И. М. Сеченова) Клиническая казуистика — школа совершенствования клинического мышления и лечебной тактики. 40 мин.

В докладе обсуждается проблема т. н. редких болезней, «изучение которых», как писал Е. М. Тареев, «представляет большой смысл и интерес». Представлен опыт клиники, касающийся казуистики пульмонологии, ревматологии, гепатологии, нефрологии и др. раздолов клиники внутренних болезней. Обсуждаются современные возможности нозологической диагностики и рационального лечения, обеспечивающие улучшение прогноза.

В среду 8 июня 2005 года в 17.00 на кафедре анатомии состоится заседание Правления и Ревизионной комиссии.

В среду 8 июня 2005 года в 17.30 в Анатомическом корпусе ММА им. И. М. Сеченова (Моховая, 11) состоится пленарное заседание общества.

Повестка дня:

1. Профессор А. Л. СЫРКИН (ММА им. И. М. Сеченова) Нестабильная стенокардия: критерии, дифференциальный диагноз, терапия. 40 мин.

Нестабильная стенокардия — составная часть острого коронарного синдрома, требующая экстренной госпитализации и интенсивной терапии. В докладе рассматриваются варианты нестабильной стенокардии, их прогностическое значение, медикаментозные и инвазивные методы лечения.

2. К. м. н. А. Е. УДОВИЧЕНКО (ММА им. И. М. Сеченова) Демонстрация больного с нестабильной стенокардией.

В четверг 19 мая 2005г. и 16 июня 2005 г. в 15 часов в конференц-зале МГКБ № 60 (ш. Энтузиастов, 84/1, корп. 1, 2 этаж) состоятся заседания секции клинической геронтологии и гериатрии.

19 мая. Повестка дня:

К. м. н. М. В. ГОЛШМИД Особенности терапии сердечно-сосудистых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

16 июня. Повестка дня:

1. И. А. КАЦМАН Показания и противопоказания к коронарографии больных ИБС пожилого и старческого возраста.

2. К. м. н. О.Б. КОЦЮБИНСКАЯ, С. А. СТЕЛЬЦОВ Кальциноз устья аорты (болезнь Менкебергера).

В четверг 19 мая в 16 часов в аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева (ул. Россоломо, 11а) состоится совместное заседание секции нефрологии и иммунопатологии и годичной конференции клиники терапии и профболезней «Эстафета поколений», **посвященное 110-летию со дня рождения Е. М. Тареева. Демонстрация редких клинических наблюдений.**

В четверг 16 июня в 16.30 в аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева (ул. Россоломо, 11а) состоится заседание секции нефрологии и иммунопатологии.

Повестка дня:

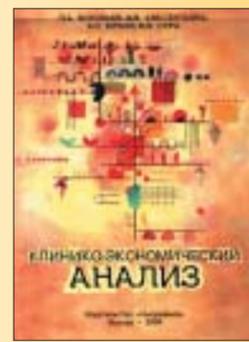
1. Клиническое наблюдение.
2. К. м. н. В. В. РАМЕЕВ. Успешное лечение AL-амилоидоза с преимущественным поражением почек, сердца, желудочно-кишечного тракта. Комментарии: проф. Л. В. КОЗЛОВСКАЯ.
3. Проф. Л. В. КОЗЛОВСКАЯ. Современные подходы к диагностике и лечению амилоидоза.

Во вторник 17 мая в 17 часов в аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С. П. Боткина, 20 корп. 1 этаж, проезд до ст. м. «Беговая», «Динамо») состоится заседание секции ЭКГ и др. инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы.

Круглый стол: «Оценка эффективности и безопасности диуретической терапии у больных с недос-

(Продолжение на стр. 12) ↗

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
(оценка, выбор медицинских технологий управления качеством медицинской помощи)



Под редакцией профессора П. А. Воробьева

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников. Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

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

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

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



ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

Под ред. проф. П. А. Воробьева

Издательство «НьюДиамед»

Бестселлер учебно-методической литературы!

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

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



СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под редакцией профессора П. А. Воробьева

Для клинических и производственных трансфузиологов.

Полное собрание нормативных документов (полнотекстовые версии) по производственной и клинической трансфузиологии за последние 30 лет. Книга — результат поиска документов в архивах Минздрава России, медицинских организаций, правовых баз данных. Книга уникальна полнотой представленного материала. Каждый найдет здесь то, что пригодится ему в работе: нормы расхода, штатное расписание, правила переливания компонентов крови и инструкцию по лечению краш-синдрома. Многие документы ранее не публиковались.

ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Утвержден МЗ РФ, приказ № 233 от 09.06.2003 г.

От тромбоэмболии легочной артерии умирает больше людей, чем от аварий на дорогах. Остановим эпидемию тромбоэмболий. Впервые профилактика тромбоэмболии вменена в обязанность при хирургических операциях приказом. Протокол нужно выполнять, а для этого нужно знать, что в нем написано. Тираж ограничен.



Сопредседатели секции:

- **Нонинов 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»

ВНИМАНИЕ!**РУКОВОДСТВО
ПО ГЕМАТОЛОГИИ**

В 3-х томах

Под редакцией академика
А. И. ВоробьеваУникальное 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 тромбозы); анемии (железододефицитные; 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.

**3-й том уже
в продаже!****ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ИЗДАНИЕ ТРИЛОГИИ!****Книги издательства
НЬЮДИАМЕД
можно приобрести:**

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

Приглашение

**«Что такое лихорадка
неясного генеза:
диагноз или
его отсутствие?»**

**7 июня 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям**

ДЮФАЛАК®
лактuloза

- Показан при печеночной энцефалопатии при гепатитах и циррозах
- Эффективен при запорах различной этиологии
- Безопасен для грудных детей и беременных женщин

SOLVAY PHARMA
119334, г. Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (095) 411-8911
Факс: (095) 411-8910
<http://www.solvay-pharma.ru>
E-mail: info@solvay-pharma.ru

(Начало на стр. 11) ↗

таточностью кровообращения». Модераторы: проф. Г. Г. ИВАНОВ, проф. И. Г. БОБРИНСКАЯ.

Во вторник 7 июня 2005г. в 16 часов в помещении конференц-зала института ревматологии РАМН (Каширское ш., 34) состоится заседание ревматологической секции.

Повестка дня:

1. К. м. н. В. И. ВАСИЛЬЕВ. Ранняя диагностика злокачественной лимфопрлиферации при синдроме Шегрена.

2. Т. Л. ВИНОГРАДОВА, Н. С. ЧИПИГИНА, К. С. ОЗЕРЕЦКИЙ, Е. Б. ПЕТУХОВ. Тромбоэмболические осложнения, состояние системы гемостаза и реологии у больных подострым инфекционным эндокардитом.

В среду 18 мая 2005 г. в 17.30 в аудитории клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ММА им. И. М. Сеченова (Погодинская, 5) состоится заседание секции гастроэнтерологии, проктологии и эндоскопии.

Повестка дня:

1. Проф. А. А. ШЕПТУЛИН. Современные представления о синдроме функциональной диспепсии.

2. Е. А. ПОЛУЭКТОВА, А. Г. БЕНИАШВИЛИ. Клиническая демонстрация больного с синдромом функциональной диспепсии (взгляд гастроэнтеролога и психиатра).

Во вторник 24 мая 2005г. и 28 июня 2005 г. в 16 часов в конференц-зале главного (клинико-хирургического) корпуса НИИ Скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Б. Сухаревская пл., 3) состоятся заседания секции неотложной терапии.

24 мая. Повестка дня:

Проф. П. А. ИВАНОВ, к. м. н. А. В. ГРИШИН. Современные методы диагностики и лечения острых панкреатитов.

28 июня. Повестка дня:

Академик РАМН А. П. ГОЛИКОВ, д. м. н. В. А. РЯБИНИН. Профилактика жизнеугрожаемых осложнений при сердечно-сосудистых заболеваниях.

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. Божарев, 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. Каляев, 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. Юшук, 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.