



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Май 2009

№ 9 (98)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

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

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Вступительное слово академика Н.А. Мухина

В этом году жури единогласно приняло решение о вручении премии Московского городского научного общества терапевтов имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева за выдающиеся успехи в развитии отечественной терапевтической школы Валентине Александровне Насоновой. Это абсолютное правильное решение потому, что премия сегодня вручается человеку, который при жизни становится легендой. И не случайно несколько лет назад Валентине Александровне вручили международную премию «Профессия — медицина» именно в номинации «Легенда мировой медицины». Валентина Александровна действительно удивительный человек. Многие из нас счастливы тем, что в течение многих лет имеем замечательную возможность встречаться с ней, разговаривать, обсуждать с ней разные проблемы, конечно, в первую очередь медицинские, но и поговорить о проблемах искусства, литературы, истории, чем Валентина Александровна живет постоянно. Причем всем этим интересуется глубоко, разносторонне. Сегодня у нас есть возможность сказать, Валентина Александровна, еще раз, как мы Вас любим и как ценим Ваше отношение к Московскому обществу терапевтов, которое мы чувствуем все время. Ваш последний доклад об остеоартрозе — необыкновенное событие, как Вы его замечательно сделали, какие замечательные были слайды, все было так, как должно быть и к чему мы стремимся, но у нас не получается. Большое Вам спасибо за эти замечательные часы, минуты, которые мы проводим с Вами вместе. Валентина Александровна прежде всего клиницист, ревматолог с мировым именем, но ее работа не только ревматология, а в первую очередь клиника внутренних болезней. И это было видно даже в докладе по остеоартрозу. Перед нами были больные, у которых не только суставные проблемы. Школа, к которой принадлежит Валентина Александровна, — это одна из выдающихся клинических школ.

Зачитывается адрес, подписанный председателем МГНОТ А.И. Воробьевым:

Глубокоуважаемая Валентина Александровна! Правление МГНОТ от лица многотысячной армии врачей-терапевтов и коллектива Гематологического научного центра РАМН, кафедры гематологии и интенсивной терапии РМАПО горячо поздравляет Вас с торжественным присуждением Вам премии МГНОТ имени Д.Д. Плетнева за выдающийся вклад в развитие российской терапевтической школы. Более 40 лет Вы являетесь бессменным заместителем Председателя правления МГНОТ. Вы прошли блестящую школу глубокой и разносторонней подготовки интерниста широкого профиля под руководством академика Евгения Михайловича Тареева, а в дальнейшем организатора ревматологической службы, организатора Института ревматологии академика Анатолия Иннокентьевича Нестерова, став его достойной преемницей. Вы являетесь ведущим ученым с мировым именем, терапевтом широкого профиля, талантливым ревматологом, видным организатором ревматологической службы отечественного здравоохранения. Ваши научные исследования, посвященные фундаментальным и прикладным аспектам проблем ревматологии всемирно признаны и являются основополагающими в нашей стране и за рубежом. Вы явились создателем не только современной школы российских ревматологов, но и профессиональных центров ревматологии во многих странах мира. Благодаря вашей неустанной работе на посту Главного специалиста Минздрава в стране была сохранена и получила мощное развитие система государственной ревматологической службы, Ваша глубокая преданность профессии врача, большая эрудиция, высокая культура, яркие выступления с трибун общества всегда привлекают благодарную Вам аудиторию врачей. В день торжественного вручения Вам премии МГНОТ им. Д.Д. Плетнева поздравляем Вас — талантливого врача, видного ученого, педагога, общественного деятеля, желаем Вам, дорогая Валентина Александровна, доброго здоровья,

благополучия и дальнейших успехов на благо отечественного здравоохранения.

*Председатель правления МГНОТ,
академик А.И. Воробьев*

Академик РАМН В.А. Насонова

Глубокоуважаемые друзья, коллеги, товарищи, люди, с которыми мы очень много общаемся, любим и уважаем друг друга! Большое вам спасибо, что отметили мои заслуги, я сама их не столь высоко оцениваю, но могу сказать, что я старалась честно работать для всех и на протяжении всей своей очень длинной профессиональной деятельности. Я считаю, что мне в моей жизни очень повезло. Сразу после окончания 3-го Московского медицинского института меня рекомендовали в ординатуру, так как я активно работала в студенческом

профессиональных болезней. А затем мне Евгений Михайлович предложил с ним перейти в Институт ревматологии. Это было в 1958 г. И с тех пор я работаю в Институте ревматологии, сначала в должности старшего научного сотрудника, руководителя отделения, а с 1970 г. была 31 год директором Института.

Мне повезло в жизни, что у меня были такие замечательные учителя. Другое было отношение. Этот зал был переполнен всегда. Я с 1946 г. сюда ходила на заседания и как-то не было даже мысли, что можно пропустить и не пойти. Дело было не только в молодых врачах, которые интересовались и жаждали знаний. Многие большие руководители считали своим долгом поддерживать Московское терапевтическое общество, одно из старейших в стране. Здесь всегда можно было получить новые знания.

Сегодня мне вручили Премию имени Дмитрия Дмитриевича Плетнева, а я перед этим впервые прочитала его биографию и была потрясена несколькими обстоятельствами — во-первых, его потрясающими открытиями в области кардиологии. Короткое время в 20-х годах он занимался и ревматизмом, но все-таки основная его заслуга, вы это хорошо знаете, была в описании прижизненного инфаркта миокарда. Но что меня особенно потрясло, так это то, что в какой-то степени и Евгений Михайлович, и я, повторили его путь — Плетнев длительное время работал в МОНКИ, а затем ему предложили кафедру в 1-м Медицинском институте, и он перешел в 24-ю больницу. Меня эти совпадения поразили.

Почему я решила вам об этом рассказать — ни в одном учреждении, ни в МОНКИ, ни в 24-й больнице я ни разу не слышала имени Дмитрия Дмитриевича Плетнева, это очень хорошо отражает ту эпоху, кото-

рую мы, слава богу, прошли. Из-за этого многие талантливые ученые, подающие надежды, не смогли в то время выполнить свой долг. Дмитрий Дмитриевич был в 1937 г. репрессирован и в 1941 г. расстрелян. Это очень грустно.

Я хочу выразить огромную благодарность Андрею Ивановичу Воробьеву за это колоссальное многолетнее дело по реабилитации честного имени Дмитрия Дмитриевича, за то, что вклад Дмитрия Дмитриевича в медицину не был забыт. Спасибо всем большое. Для меня эта награда большая честь. Я всегда старалась делать все от меня зависящее, чтобы больным было лучше, чтобы молодые врачи больше знали, я старалась делать все для учреждения, в котором работала, особенно конечно для Института ревматологии. В 1979 г. Институт ревматизма переименован в Институт ревматологии, потому что к тому времени благодаря колоссальному усилию и блестящей организаторской деятельности Анатолия Иннокентьевича Нестерова в СССР был практически побежден ревматизм. Оказалось, что больных со свежим ревматизмом почти нет в стране. Меня в тот момент обуял ужас: «А вдруг скажут ревматизма больше нет, Институт можно закрывать». Я стала бегать по Минздраву, Академии медицинских наук и слава богу Институт удалось сохранить, переименовав в

Институт ревматологии РАМН. Институт получил возможность развиваться, а я имела счастливую возможность проработать в нем 50 лет. Спасибо вам за все, особенно за теплое отношение, я бесконечно тронута этим.

Перспективы развития ревматологии в XXI веке Насонова В.А.

Ревматология как научно-практическая дисциплина возникла в середине XIX века. Сокольский Г.И. (1836) впервые описал ревматизм мышечной ткани, а позже перикардит. Боткин Сергей Петрович — связал острый ревматический полиартрит и кардит с перенесенной незадолго до того скарлатиной, особенно в семьях, где уже есть «ревматики» или жившие в бедности и скудно. Предложил для лечения салициловый натр, а позже аспирин. Бехтерев В.М., невролог — описал клинику анкилозирующего спондилоартрита, выделил его из группы других болезней позвоночника (болезнь Бехтерева).

Премия МГНОТ имени Дмитрия Дмитриевича Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы

27 мая 2009 г., Москва



кружке, а кафедра располагалась в 5-м корпусе Московской областной клинической больницы (в МОНКИ), и 2 года я не расставалась с кафедрой факультетской терапии, которой руководил Евгений Михайлович Тареев. Однако по гигиене я получила четверку, и это стало препятствием для моего прохождения в ординатуру: ректорат мне отказал. Я пришла к Евгению Михайловичу, чтобы рассказать, что произошло такое событие. А он меня спрашивает: «Валентина Александровна, Вам нужны деньги?» А кому были нужны деньги в 1946 г.? Я говорю: «Нет, не нужны». Он: «Ну так оставайтесь бесплатно, а там что-нибудь найдем.» И я осталась на кафедре в тот же день. Наверно, 5 или 6 месяцев я каждый день ходила на работу. Евгений Михайлович в это время был уже академиком РАМН, и ему дали группу, в этой научной группе мне нашлась ставка старшего лаборанта. Поэтому я считаю, что моя жизнь сложилась очень удачно в том смысле, что я сразу попала в потясающее медицинское учреждение.

Потом все складывалось замечательно. Я перешла к Евгению Михайловичу на кафедру пропедевтики и

ИнтерНьюс

Этика или деньги?

Компания Merck заплатит 58 млн долларов за нарушения правил рекламы рофекосиба — занижение важности побочных эффектов препарата. Это судебное соглашение закрывает иски в 30 штатах США в отношении прошлой практики Merck. Соглашение требует также от компании в течение 7 лет представлять все телевизионные рекламные материалы в FDA для контроля. Это самое большое соглашение в истории. В 1999 г. компания Merck начала «агрессивную и вводящую в заблуждение рекламную кампанию, которая искаженно представляла безопасность и неприемлемым образом скрывала повышенные риски, связанные с виоксом». Сотни тысяч потребителей требовали рецептов на виокс, прежде чем врачи могли оценить безопасность препарата. В 2004 г. Merck изъяла виокс из продажи после того, как исследования показали повышенную опасность инсульта и инфаркта у принимающих его людей. В начале 2008 г. компания согласилась выплатить 4,9 млрд. долларов по 26 000 исков в США. Еще 649 млн. Merck согласилась выплатить в начале 2008 г. по иску о неправомерном поощрении врачей к прописыванию зокора и виокса. Представитель компании настаивает на том, что законы не были нарушены. Прокуроры поясняют, что в США сотни больниц получили скидки в обмен на большие закупки, но эти скидки не были предложены государственным программам. Компания оплачивала путешествия врачам, платила за предоставление представителям компании возможности сопровождать врачей на обходах. Часть беспрецедентного решения: соглашение запрещает компании использовать наемных писателей, поскольку подтвердилось подозрение в использовании наемных писателей для создания текстов, представляющих виокс в привлекательном виде. «Некоторые из этих статей выглядели как опубликованные независимыми врачами или организациями, а в действительности были, по-видимому, написаны людьми, работающими на Merck или имеющими интересы в нем». Исследователи сопоставили документы и показали, как работники компании в сотрудничестве с издательствами готовили тексты, а затем приглашали связанных с университетами ученых в авторы, нередко на место первых авторов, за деньги. Если 92% статей с результатами испытаний несли объявление о спонсорстве Merck, из обзорных статей только в 50% случаев раскрывалось финансирование компанией. В основной публикации результатов испытания ADVANTAGE первый автор в интервью рассказал, что испытание было спланировано, проведено и статья написана работниками компании, а к нему обратились с приглашением участвовать в редактировании статьи. Кроме того Merck представлял в искаженном виде профиль безопасности виокса. В то время как имевшийся в распоряжении компании анализ показал опасность препарата, эти данные не были представлены в FDA и не были своевременно опубликованы.

Источник: *Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2008, № 4*

Антиметан

По способности удерживать на Земле лишнее тепло метан приблизительно в 25 раз превосходит более знаменитый углекислый газ. Одним из основных источников CH₄ являются живые организмы, в частности, жвачные животные. В их желудке опасный газ образуется постоянно. Ответственность за его производство несут особые микроорганизмы, получившие название метаногенов. Они помогают жвачным переваривать клетчатку (в желудке человека метаногены не живут, поэтому люди и не могут питаться только травой).

Из-за ухудшения экологической обстановки в последние годы многие ученые призывают сокращать поголовье коров и переходить с говядины, например, на кенгурятину. Цель предложенного учеными проекта — снизить выделение одного из самых опасных парниковых газов — метана. Авторы проекта предложили другой способ уменьшения выбросов CH₄. Разработанная ими добавка позволяет на порядок снизить количество метана, выделяемого жвачными. Новое вещество является антибиотиком, полученным из чеснока. Антибиотик замедляет рост микроорганизмов в желудках коров и овец. Авторы не уточняют, как применение биодобавки скажется на способности жвачных перерабатывать растительную пищу, накапливать мясо и давать молоко.

Источник: *Лента.ру*

10 июня исполнилось 80 лет выдающемуся ученому и врачу — Евгению Ивановичу Чазову. Евгений Иванович родился в 1929 году в г. Горький (Нижегород). В 1953 г. окончил Киевский медицинский институт, переехал в Москву и поступил в ординатуру на кафедру госпитальной терапии 1-го Медицинского института, руководителем которой был выдающийся отечественный кардиолог А.Л. Мясников. Спустя три года, молодой врач защитил кандидатскую диссертацию. Затем судьба его на многие годы была связана с Институтом терапии АМН СССР, где он работал сначала в должности младшего, затем старшего научного сотрудника и позже был назначен заместителем директора института по научной работе. С 1965 г. по 1967 г. Е.И. Чазов — директор этого института, преобразованного в 1967 г. в Институт кардиологии (с 1976 г. — Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова) АМН СССР. По предложению и при активном участии Евгения Ивановича в 1976 г. был создан Всесоюзный кардиологический научный центр АМН СССР (в 1991—1997 гг. — Кардиологический научный центр РАМН), директором которого он и стал. В 1997 г. Центр был преобразован в Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ во главе с генеральным директором Е.И. Чазовым. В состав Центра вошли клинический и теоретический институты, завод и ряд вспомогательных подразделений. Сегодня это ведущий многопрофильный кардиологический комплекс, оказывающий высококвалифицированную и специализированную помощь населению. В 60-е годы по инициативе Е.И. Чазова, поддержанной ведущими отечественными кардиологами, впервые в мире была разработана и внедрена в практику система поэтапного лечения больных инфарктом миокарда. Она включала специализированные бригады скорой помощи на догоспитальном этапе, блоки интенсивной терапии с последующим лечением в специализированных отделениях и реабилитацией в центрах или санаториях для больных, перенесших это заболевание. Система показала высокую эффективность в медицинском и экономическом отношении, и инициаторы ее создания были удостоены в 1969 г. Государственной премии СССР. Широкую известность получили работы Е.И. Чазова по тромболитической терапии. С 1960 г. он начал применять тромболитики для лечения инфаркта миокарда, а в 1974 году первым применил их интракоронарное введение. Вот, что рассказывает сам Евгений Иванович об этом периоде своей научной жизни: «В успех тромболитической терапии поначалу мало кто верил. Я был поставлен в очень жесткие условия. И тогда я решил рискнуть: взял и ввел себе неиспытанный препарат, разрушающий тромбы. И доказал, что это лекарство не только эффективно, но и безопасно. Позже это получило полное подтверждение, и теперь тромболитическая терапия используется во всем мире». В 1963 г. Евгений Иванович защитил докторскую диссертацию, а еще через два года стал профессором. Е.И. Чазовым с сотрудниками были разработаны методы борьбы с опасными для жизни нарушениями ритма и проводимости сердца при инфаркте миокарда, включая применение лекарственных средств, электроимпульсной терапии и стимуляции сердца. За теоретическое, экспериментальное и клиническое обоснование использования иммобилизованных ферментов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний Е.И. Чазов и ряд его сотрудников были удостоены в 1982 г. Ленинской премии. За монографию «Тромбозы и эмболии в клинике внутренних болезней» Е.И. Чазов удостоен премии АМН СССР им. С.П. Боткина (1967), а за монографию «Очерки неотложной кардиологии» — премии АМН СССР им. А.Л. Мясникова (1977). Большой заслугой Е.И. Чазова является организация работ в области фундаментальных проблем кардиологии. Результаты проводившихся исследований по изучению функции



СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

сердца и его метаболизма в норме и при патологии на клеточном, субклеточном и молекулярном уровнях опубликованы в ряде монографий и в многочисленных статьях в отечественной и зарубежной периодической печати. В настоящее время под руководством Е.И. Чазова активно ведутся фундаментальные и клинические исследования по проблеме атеросклероза, по изучению защитного и повреждающего действия стресса и депрессии при развитии сердечно-сосудистых заболеваний, по изучению состояния вегетативной нервной системы при ИБС, по ряду других направлений в изучении сердечно-сосудистой патологии.

Большой заслугой Е.И. Чазова стала создание в нашей стране единой системы кардиологической службы с центрами и научно-исследовательскими институтами во всех регионах. Научная, организационная и общественная деятельность Евгения Ивановича получила на Родине и за рубежом высокую оценку. В 1967 г. он избран членом-корреспондентом АМН СССР, в 1971 г. — академиком АМН СССР, в 1979 г. — академиком АН СССР. Ему в разные годы присвоено звание заслуженного деятеля науки России, Узбекистана и Киргизии. Е.И. Чазов — почетный член Венгерской академии наук, Болгарской академии наук, Сербской академии наук и искусств, Колумбийской академии медицинских наук, Мексиканской национальной академии медицины. Он почетный доктор Военно-медицинской академии (Санкт-Петербург), Иенского университета (ФРГ), Карлова университета (Чехия), университета Куинс (Канада), Краковского университета (Польша), Медицинского факультета Белградского университета (Югославия), почетный член Американской ассоциации сердца, Шведского научного медицинского общества,

Международной коллегии по высшей нервной деятельности (США) и ряда других организаций. Наряду с научно-исследовательской работой Е.И. Чазов вел и ведет большую научно-организационную работу. Только за последнее время под его руководством разработаны Государственная программа научных исследований по кардиологии, Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», создана Ассоциация кардиологов стран СНГ. Он является председателем Научного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям РАМН, членом бюро Ученого совета Министерства здравоохранения РФ, членом координационного межведомственного совета по медико-биологическим проблемам Министерства науки РФ. Евгений Иванович много внимания уделяет развитию отечественной кардиологической школы, подготовке кадров. Под его руководством защищено более 30 докторских и 50 кандидатских диссертаций. Под его редакцией и с его авторским участием созданы два издания 4-томного руководства «Болезни сердца и сосудов» (1982, 1992). Евгений Иванович — автор более 450 научных трудов, в их числе 15 монографий. Организаторские способности Е.И. Чазова были высоко оценены государством: в 1967 — 1986 гг. он — начальник IV Главного управления при Министерстве здравоохранения СССР, в 1968—1986 гг. — Заместитель министра, а в 1987—1990 гг. — Министр здравоохранения СССР. Решение важных государственных вопросов позволили Евгению Ивановичу поднять отечественное здравоохранение на новый уровень, что способствовало существенному улучшению оказания медицинской помощи населению.

За большую и плодотворную научную, лечебную и общественную деятельность Е.И. Чазову присвоено звание Героя Социалистического Труда. Он четырежды награжден орденом Ленина и другими правительственными наградами.

Имя Е.И. Чазова стало в один ряд с российскими и советскими учеными, внесшими большой вклад в кардиологическую науку и практику. Е.И. Чазов, являясь лидером российской кардиологии, символизирует ее достижения и поступательное движение по пути научного прогресса и совершенствования практической деятельности кардиологов России.

Коллектив МГНОТ и редакция «Московского доктора» поздравляет Евгения Ивановича с юбилеем, желает долгого здоровья, долгих лет жизни и дальнейших успехов в научной и врачебной деятельности.

БЕСТСЕЛЛЕР учебно-методической литературы!

«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»

Под ред. профессора П.А. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»

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.
Разнообразный перечень критериев и признаков заболеваний.
Для каждого исследования написаны пределы нормальных значений, возможные отклонения от нормы и трактовка этих отклонений.
Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.



Начало на стр. 1 ↗

В начале XX века не столь быстро развивалось учение о ревматических болезнях — война, революция. А заболеваемость была очень высока — в 1925 г. заболеваемость была 850 человек на 100 тыс. населения, а сейчас — единицы. «Идея организации Всесоюзного комитета по борьбе с ревматизмом была горячо поддержана Объединенным пленумом VI Научного курортного и II физиотерапевтического съездов в Москве — 13/XII 1922 г. Учрежденный комитет ... начал свою работу с февраля 1928 года». Г.М.Данишевский, Acta rheumatica, 1929, I, 15. В 20-е годы было очень многое сделано, чтоб победить ревматизм: и Стражеско, и Семашко уделяли большое внимание ему. «Что такое ревматизм? Это огромное количество заболеваний с различной и многообразной патологией, со множественными локализациями во всех частях не только органов движения (суставов, связок мышц, сухожилий, костей и пр.), но и во многих внутренних органах и в различных участках нервной системы» — М.П.Кончаловский, Acta rheumatica, 1929, I, 7.

Развитие учения о ревматических болезнях во II половине XX века тесно связано с инициативой терапевтов — академика Нестерова А.И., в первую очередь, также академика Тареева Е.М., академика Струкова А.И., педиатров — проф. Киселя А.А., Лебедева В.И. и др., принявших активное участие в создании Института ревматизма МЗ РСФСР в 1958 г. Создание Института ревматологии — это особая страница. Сейчас, через много лет я удивляюсь, как Нестеров смог изначально собрать таких выдающихся людей — три академика, не говоря уж о талантливейших руководителях отделений, лабораторий.

Про ревматологию XX века, безусловно, можно сказать, что это был век становления и развития ревматологии. В 1928 г., когда была создана первая классификация болезней Минздрава, в этом классе было только три группы заболеваний — около 10 болезней, в 1971 г. уже было 14 групп заболеваний и около 30 болезней, а сейчас уже 100 нозологических форм, объединенных под рубрикой ревматические болезни. Из них по достаточно большому числу болезней ведется ежегодная регистрация по заболеваемости, инвалидности, смертности. Продолжается рост ревматических заболеваний. Если в начале XX века было около 13 млн. посещений, в 2007 г. — более 17 млн. посещений, то есть увеличилось на 30%. А число больных с первичным посещением увеличилось на 10%. Это увеличение касалось всех возрастных групп, с некоторым преобладанием женщин.

Ревматические болезни — 13-й класс, занимают 3-е место среди причин инвалидизации, уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Ежегодно в нашей стране получают инвалидность по ревматическим заболеваниям 80 тыс. человек, из них большинство сразу 2-ю и 1-ю группы. Самое ужасное, что среди инвалидов доля детей с 2000 г. увеличилась на 20%. Мы делаем много, но недостаточно!

Но сегодня есть предпосылки для оптимизма. Сегодня ревматизма мало, но это не значит, что можно расслабиться и забыть. Как всякая инфекция, он может в любое время вернуться.

В настоящий момент на первом месте стоит ревматоидный артрит. Потому что именно на раннюю диагностику этой болезни и современное лечение возлагаются большие надежды. Новым является то, что стало очевидно, что ревматические болезни, особенно ревматоидный артрит и системные тяжелые аутоиммунные болезни, — это резервуар раннего развития сердечно-сосудистой патологии, но не пороков сердца, как это было раньше, а атеросклероза и соответствующего этому инфаркта миокарда, инсульта и других сосудистых заболеваний.

Социальные проблемы ревматологии и эпидемиология ревматических болезней: первичный и вторичный остеопороз — их только в последние годы начали изучать, мы просто раньше этого не знали. Метаболические заболевания, в частности подагра, подняла голову, и это понятно — подагра болезнь достатка, ее никогда не бывает во время войны. Подагра — болезнь века переиздания. Поразительно, но про подагру забыли, и ставится диагноз на 8-10-м году болезни, когда формируется множество осложнений. Это позор! Ювенильные артриты, к сожалению, очень часты. Попытка совершенствования ревматоидологии и реабилитации, к счастью, была заложена еще Нестеровым.

Ревматоидный артрит — хроническое воспалительное заболевание (синдром?) неизвестной этиологии, характеризующееся *деструктивным полиартритом и системным иммуновоспалительным поражением внутренних органов*. Ревматоидный артрит сегодня — это знамя ревматологии. Это та болезнь, которая как заболевание преимущественно суставное, хотя, как правило, это системное заболевание с тяжелыми разнообразными, в том числе и сосудистыми изменениями. Сегодня это модель для изучения иммунного воспаления. Сегодня и к атеросклерозу подходят, с точки зрения воспаления, а может быть, и иммунных нарушений, предшествующих этому.

Ранний ревматоидный артрит — сформулирована Институтом ревматологии и Евгением Львовичем Насоновым программа «РАДИКАЛ»: Ранний Артрит: Диагностика, Исход, Критерии, Активное Лечение. Программа предполагает развитие и теоретических, и чисто практических разнообразных методов исследования: иммуногенетики, эволюции ревматоидного артрита, выявление маркеров неблагоприятного прогноза, причин преждевременной летальности; клинического и патогенетического значения «провоспалительных» цитокинов; использование «биологических» агентов — моноклональных антител к ФНО-α. Все это направлено на преодоление этой болезни, а, возможно, и победу над ней.

Кардиоваскулярная патология при ревматических заболеваниях — я уже говорила об атеротромбозе при ревмато-

идном артрите, системной красной волчанке, поиск кардиоваскулярных факторов риска, иммунологических маркеров, методы профилактики и лечения.

Антифосфолипидный синдром — относительно новый синдром, позволяющий понять многие иммунные механизмы тромбообразования. Сердечно-сосудистая патология при этом синдроме может быть особенно яркой именно из-за своей иммунологии, обусловленной образованием разнообразных антител к фосфолипидам человеческого организма. Очень важно, что именно антифосфолипидный синдром позволяет нам лучше понять факторы риска образования и формирования тромбозов и, в конце концов, наиболее рациональные методы диагностики и лечения. Первыми в нашей стране антифосфолипидным синдромом начали заниматься в Кардиоцентре, они наладили диагностику волчаночного антигена, антифосфолипидных антител. Сегодня эта проблема охватывает огромное количество специалистов, потому что прежде всего это невынашивание беременности, это тяжелые рецидивирующие тромбозы, тромбоцитопении, кровотечения.

Я часто вспоминаю наше недоумение с СКВ в 50—60-е годы: наблюдали больных с рецидивирующими тромбозами, тяжелой тромбocyтopenией и кровотечениями, было совершенно непонятно, как это может сочетаться. Теперь мы понимаем, что это был антифосфолипидный синдром. Главное, что ревматологи передали основные знания акушерам-гинекологам, потому что это очень частая причина невынашивания беременности, среди тех, у кого повторные невынашивания беременности около 40% при тщательном обследовании диагностируется скрыто протекающая СКВ.

Теперь о подагре. Уйдя с директорского поста, я подумала, чем бы мне заняться. Я взяла 100 историй болезни, из них мне попало какое-то количество подагры, и я обнаружила, что больные поступают на 10-м году болезни. Мне стало ясно, что забыли наши врачи эту болезнь. Тогда же была создана лаборатория подагры, которая очень много сделала для понимания этой болезни. В частности для правильной, своевременной и достоверной диагностики. Подагра — системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с воспалением в месте отложения кристаллов моноурата натрия у людей с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми или генетическими факторами.

Кристаллы моноурата натрия обнаруживаются в тофусах, в синовиальной жидкости. Кристаллы моноурата натрия были обнаружены даже в слизистой оболочке желудка больного подагрой. Это открытие впервые в мире сделано нашим сотрудником — Каротеевым Андреем Евгеньевичем.

Классификационные критерии диагноза подагры:

- A. Наличие характерных мононатриевых уратных кристаллов в синовиальной жидкости.
- B. Подтвержденный тофус (химическим анализом или поляризационной микроскопией).
- C. Наличие 6 из 12 клинических, лабораторных и рентгенологических признаков:

1. Максимальное воспаление сустава в 1-й день.
2. Наличие более чем 1 атаки артрита.
3. Моноартрит.
4. Покраснение суставов.
5. Боль и воспаление плюснефалангового сустава (ПФС) I пальца.
6. Асимметричное воспаление ПФС.
7. Одностороннее поражение тарзальных суставов.
8. Подозрение на тофусы.
9. Гиперурикемия.
10. Асимметричное воспаление суставов.
11. Субкортикальные кисты без эрозий при рентгенологическом исследовании.
12. Отсутствие микроорганизмов в культуре синовиальной жидкости.

Остеоартроз остается по-прежнему большой проблемой. Учение об этой болезни очень изменилось, еще 20 лет назад ее рассматривали как старение, аналогично поседению. Сегодня остеоартроз рассматривается как патологический процесс, захватывающий все ткани сустава, т. е. сустав рассматривается как орган, реагирующий всеми структурами на возникший патологический процесс. Хотя преимущество поражение хряща — безусловная черта болезни. Остеоартритическая болезнь характеризуется болями в суставах, их чувствительностью при пальпации, ограничением подвижности и крепитацией, пассивном при движении, изредка выпотом и различной степенью воспаления, не сопровождаемого системными эффектами. Следовательно, остеоартроз — клинически очевидная, манифестная болезнь, а не только и не столько рентгенологическая находка. Прошлое остеоартроза — болезнь, являющаяся частью старения человека такой же, как неизбежное поседение волос, но с некоторыми отличиями в частоте и выраженности признаков. Будущее — изменение терминологии на ОСТЕОАРТРИТ в связи с накапливающимися данными о роли воспаления как в начале болезни, так и на всех этапах его развития.

Очень часто при остеоартрозе диагностируются сердечно-сосудистые заболевания. Я думаю, что они имеют общую основу, а именно метаболические нарушения, вызывающие разнообразные системные поражения.

Остеопороз — важнейшая мультидисциплинарная проблема медицины. Наиболее часты переломы шейки бедра, позвонков и костей предплечья. Остеопороз — системное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся уменьшением массы костной ткани и нарушением ее микроархитектоники, что снижает прочность кости и развивает риск переломов.

Ревматология сегодня находится под серьезным влиянием метаболических нарушений. Обязательный критерий ме-

ИнтерНьюс

Правительство обещает...

Правительство РФ обещает, что нацпроект «Здоровье» будет продолжен, а население будет лучше обеспечено лекарствами, несмотря на кризисные явления. Об этом говорится в Антикризисном плане. Основной акцент будет сделан на вопросах формирования здорового образа жизни, который, при активной его пропаганде, должен нивелировать негативные социальные явления, возникающие в условиях экономического кризиса. Начатые в 2008 году программы развития системы оказания специализированной медицинской помощи и совершенствования организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях будут продолжены. Перечень субъектов Российской Федерации, участвующих в проектах, расширится. Развернется работа по оснащению 119 учреждений службы крови, созданию единой информационной базы, пропаганде массового донорства крови. В 2009 г. начнут реализовываться мероприятия по совершенствованию онкологической помощи населению и по обеспечению противотуберкулезной помощи. Будет проведена дополнительная диспансеризация работающих граждан и углубленные медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными или опасными условиями труда, что позволит выявлять социально-значимые заболевания на ранних стадиях для оказания специализированной и высокотехнологичной помощи. Будет продолжен комплекс мероприятий по совершенствованию медицинской помощи матерям и детям. Правительство также ставит задачей повышение уровня обеспечения населения Российской Федерации необходимыми лекарственными средствами и предусматривает провести комплекс мер по расширению доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных средств, повышению конкурентоспособности российской фармацевтической отрасли на международном уровне. Предусматривается провести упорядочение процессов допуска лекарственных средств к медицинскому применению, контроля их качества, эффективности и безопасности, установления гармонизированных с международными требованиями к обеспечению качества и безопасности находящихся в обороте на территории Российской Федерации лекарственных средств. Правительство рассматривает, что планируемые мероприятия позволят повысить ответственность производителей и дистрибьюторов за качество лекарственных средств при упрощении процедур лицензирования и сокращения административных барьеров в данной сфере. Для стабилизации ситуации с лекарственным обеспечением населения в части обеспечения населения лекарственными средствами планируется ввести обязательную регистрацию предельных отпускных цен производителя на лекарственные средства, входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, а также пересмотреть данный Перечень; обязать органы управления субъектов Российской Федерации минимизировать уровни предельных оптовых и розничных надбавок на лекарственные средства; организовать мониторинг за соблюдением дистрибьюторами и аптечными организациями установленных оптовых и розничных торговых надбавок на все лекарственные средства в субъектах Российской Федерации; в целях сохранения физической доступности традиционно потребляемых населением лекарственных средств в розничной аптечной сети пересмотреть действующий Минимальный ассортимент лекарственных средств, обязательных для наличия для всех розничных аптечных организаций на территории России.

Источник: АМИ-ТАСС

Инвалидам опять пообещали

Первый заместитель столичного мэра Людмила Швецова заявила, что на оснащение различных учреждений Москвы оборудованием, приспособленным для людей с ограниченными возможностями, потребуется от 7 до 10 лет. По данным Швецовой, которая является главой социальной сферы Москвы, на текущий момент столичные учреждения социальной защиты приспособлены для инвалидов на 80%, медицинские учреждения — на 60%, учреждения культуры и школы — всего на 30%. Л. Швецова также сообщила, что общее число проживающих в Москве инвалидов составляет около 1,2 млн человек. Более 900 тыс. из них — люди старше 55 лет, 229 тысяч — люди трудоспособного возраста. Кроме этого, в Москве проживают 25,6 тыс. детей-инвалидов. По словам заместителя столичного мэра, около 100 тыс. нуждающихся в постороннем уходе москвичей проживают в семьях, около 60 тысяч инвалидов не выходят из дома по различным причинам. В столице проживают более 10 тыс. слепых и слабовидящих, более 7 тыс. инвалидов-колясочников, около 5,5 тыс. глухих людей.

Источник: РИА Новости

Продолжение на стр. 4 ↗

ИнтерНьюс

Онищенко предложил убивать подмосковных собак

Глава Роспотребнадзора Г. Онищенко «считает целесообразным возобновить практику умерщвления бродячих животных» в Подмосковье. Такие меры необходимы, чтобы обезопасить регион от вспышек бешенства. Существует способ вакцинации диких животных путем разбрасывания специальных кормов с вакциной, однако уровень угрозы слишком высок. Нынешней весной в Московской области Роспотребнадзором зафиксировано 2 случая нападения бешеных собак на людей: 16 марта в городе Ликино-Дулево пес искушал 17 человек, в том числе 11-летнюю девочку, а 5 апреля в Красноармейске сорвавшаяся с привязи собака искушала 10 школьников. Всего в связи с укусами собак ежегодно в России за помощью обращаются около 7000 человек. В числе причин, по которым в регионе сложилась опасная ситуация, Онищенко назвал дачников, оставляющих каждый год на своих участках «табуны брошенных животных» и многочисленные свалки, являющиеся «горячими очагами заразы». Онищенко привел в пример «разросшуюся до невероятных размеров Ногинскую свалку», где кормится большое количество грызунов — переносчиков бешенства, передающих инфекцию лисам и енотовидным собакам, от которых, в свою очередь, заражаются непривитые домашние животные.

Источник: gzt.ru

Верьте в истинные ценности!

Старейшему нобелевскому лауреату, итальянскому нейробиологу, пожизненному сенатору Рите Леви-Монтальчини исполнилось 100 лет. «Я глубоко взволнована тем, что дошла до 100 лет, прожив жизнь с радостью, которую, думаю, довелось испытать немногим. Я не боюсь смерти, для меня не важно, когда она придет», — сказала она журналистам в преддверии юбилея. Рита Леви-Монтальчини родилась 22 апреля 1909 г. в Турине. В 1936 г. окончила медицинский факультет Туринского университета, где начала свои исследования нервной системы, которые продолжила затем всю свою жизнь. В 1938 г. в результате применения так называемых «расовых законов» в фашистской Италии, которые ввели многочисленные ограничения для евреев, была вынуждена эмигрировать в Бельгию и продолжила научную работу в Брюссельском университете. В 1940 г. вернулась на родину, где близ города Асти основала лабораторию, в которой изучала нервную систему куриных эмбрионов. После освобождения Италии некоторое время работала врачом в лагере для беженцев во Флоренции. В 1947 г. приняла предложение продолжить научно-исследовательскую деятельность в университете Вашингтона (США, штат Миссури), где была профессором биологии вплоть до 1977 г. С 1961 по 1969 г. возглавляла Исследовательский центр нейробиологии в Риме, а затем на протяжении еще 10 лет руководила столичной лабораторией биологии клетки при Национальном институте исследований Италии. Основные научные работы Леви-Монтальчини посвящены проблеме роста и дифференциации нервных клеток. В 1951 г. она вместе со Стэнли Козном во время экспериментов обнаружила феномен злокачественного перерождения и последующего бурного развития симпатических нервных клеток в результате пересадки опухолевых клеток в куриный зародыш. После этого ученые выдвинули гипотезу о наличии в опухолевых клетках вещества, стимулирующего рост нервной ткани («фактор роста»), и экспериментально ее доказали. Это открытие произвело переворот в нейробиологии. В 1986 г. Леви-Монтальчини совместно с Козном была присуждена Нобелевская премия по медицине. Она является членом многих научных академий мира, стала первой женщиной, принятой в Папскую академию наук. В 2001 г. президент Италии Карло Адзелио Чампи подписал декрет о назначении Леви-Монтальчини пожизненным сенатором Республики. В этом качестве в 2006—2007 гг. она несколько раз играла ключевую роль при голосовании по вопросу о доверии правительству, неизменно поддерживая кабинет Романо Проди. Леви-Монтальчини активно занимается общественной деятельностью. Она участвовала в мировой общественной кампании за запрет противопехотных мин, отдала много сил поддержке молодых ученых. В 2006 г. она стала автором текста одной из песен, которая номинировалась для участия в знаменитом Фестивале итальянской песни в Сан-Ремо. «К счастью, у меня нет болезни Альцгеймера. И, если я не ошибаюсь, мои мыслительные способности сейчас сильнее, чем, когда мне было 20 лет. Потому что они обогатились большим опытом. И потому, что ни мое любопытство, ни мое желание быть близким к тем, кто страдает, не уменьшились», — сказала Леви-Монтальчини накануне своего сорокового дня рождения. За несколько дней до юбилея в президентском Квиринальском дворце в Риме состоялся прием в честь Леви-Монтальчини. «Для меня невероятная удача быть среди живых. Тело может умереть, но остаются послания, которые мы отправляем при жизни. Мое послание таково: верьте в истинные ценности!» — заявила на приеме Леви-Монтальчини.

Источник: портал «Вечная молодость»
www.vechnayamolodost.ru

Начало на стр. 1, 3

таблического синдрома — центральное (абдоминальное) ожирение (при ОТ >94 см у мужчин и >80 см у женщин). В сочетании с повышением триглицеридов более 1,7 ммоль/л, снижением ХС ЛВП менее 1,03 ммоль/л у мужчин и 1,29 — у женщин, повышением САД выше 130 мм рт. ст. и повышением ДАД выше 85 мм рт. ст., повышением глюкозы более 5,6 ммоль/л.

Значение метаболического синдрома — это повышение риска сердечно-сосудистых осложнений (прогрессирующий атеросклероз, инфаркт миокарда, инсульт). Ожирение — обязательный компонент метаболического синдрома. Ожирение — растущая эпидемия в мире. В Европе 400 млн. человек имеют избыточный вес и 130 млн. страдают ожирением. Ожирение — высокий риск смертности и заболеваемости у мужчин и женщин, в связи с развитием заболеваний сердечно-сосудистой системы, диабета типа 2 и злокачественных образований. Ожирение — фактор риска развития остеоартроза, болей в спине, в целом костно-мышечной патологии. При ожирении ведь проблема не просто в излишней массе, висцеральный жир гормонально активен!

Адипоциты синтезируют гормональные активные вещества: лептин, свободные жирные кислоты, ФНО-альфа, IL, инсулиноподобный фактор роста, ингибитор активатора плазминогена 1 (ИАП 1), ангиотензиноген, интерлейкин, простогландины, эстрогены. Такая высокая биохимическая активность обрастает большим количеством разнообразных процессов. Висцеральный жир — активный эндокринный орган в связи с наличием в его клетках провоспалительных факторов (IL-1, ФНО-α) и большого числа адипокинов — лептин, адипонектин, резистин, висфатин. Адипокины влияют на гемостаз, метаболизм липидов и глюкозы, репродуктивную функцию, костный метаболизм, ангиогенез. Лептин и рецепторы принимают участие в метаболизме хондроцитов. При избыточной продукции лептина снижается продукция компонентов хрящевого матрикса и развивается деструкция. Адипокины в сочетании с провоспалительными цитокинами индуцируют апоптоз, активируют ЦОГ, ингибируют синтез протеогликанов и коллагена типа II. При ожирении повышается риск развития и прогрессирования гонартроза. При ИМТ > 30 риск развития гонартроза у женщин повышается в 4 раза, у мужчин — в 4,8 раза (по сравнению с ИМТ < 25).

Метаболический синдром имеет значение не только для остеоартроза, но и для многих воспалительных заболеваний. Правда, нужно учитывать, что эти болезни по многу лет получают глюкокортикоиды, которые в свою очередь существенно нарушают метаболические процессы, в том числе жировой обмен. В частности при СКВ это работа 2006 года: резистентность к инсулину — у 44,1% (против 24,8% в контроле), дислипидемия — у 43,1% (против 41,6%), гипертония — у 43,1% (против 20,8%), центральное ожирение — у 51% (против 35,6%), метаболический синдром по критериям ВОЗ — у 32,4% (против 10,9%). Это касается и сочетания метаболического синдрома и ревматоидного артрита. Если метаболический синдром сочетается с подагрой, то поражается до 8 суставов, а в отсутствие метаболического синдрома — только 5.

Вообще обратите внимание, как сильно меняется парадигма терапии ревматических заболеваний: если в прошедшем столетии она была направлена на уменьшение болей, улучшение качества жизни, замедление прогрессирования деструкции суставов, сохранение трудоспособности, то задачи терапии XXI века — это получение ремиссии или даже полного излечения, увеличение продолжительности жизни до популяционного уровня. Надо сказать, что в ревматологии появились препараты, которые могут значительно изменить прогноз заболевания для больного. Так, при остеоартрозе — это болезньюмодифицирующие препараты, которые

могут остановить разрушение хряща. При ревматоидном артрите — это моноклональные антитела, применение которых может давать замечательные результаты. На представленной карте — география центров, в которых в 2005 и 2007 гг. было начато использование биологических агентов — инфликсимаба и ритуксимаба соответственно. На сегодняшний день лечение инфликсимабом получили около 400 пациентов, а ритуксимабом — около 600. В этих центрах трудятся замечательные специалисты, проводится огромная работа. И я хочу в завершении сказать, что при тех усилиях, которые сегодня вкладываются в ревматологию, у нашей специальности замечательное будущее.

Выступление Е.Е. Гогина

Я могу лично засвидетельствовать, как любимы больными и сколь желанны были консультации Валентины Александровны. И в военных госпиталях, и в больницах. Это не удивительно, потому что эти консультации всегда открывали чисто клинические стороны течения заболевания у данного пациента, сопоставляли их с теми фундаментальными данными, которые на этот момент были убедительными и достоверными. Каждый раз эти рекомендации заканчивались очень четкими советами и в отношении ведения больного, вероятного прогноза, осложнений.

Мне посчастливилось — я присутствовал на том Международном конгрессе ревматологов, где Валентину Алеевну избрали президентом следующего конгресса. Тогда в Висбадене счастливым таким выбором была далеко не только наша делегация. Мне памятно, как блестяще прошел следующий после этого Международный конгресс ревматологов в Москве.

В жизни Института ревматологии был один критический момент — структура заболеваний, особенности течения на наших глазах менялись, это было удивительно, требовало соответствующей реакции от нас. Мы хорошо помним, как большинство кардиологических и терапевтических отделений были заполнены совсем не теми больными, нежели сейчас. Сегодня это ИБС, гипертония, тогда это были ревматические пороки сердца, от которых погибало большое количество больных, от сердечной недостаточности вследствие тяжелых пороков сердца. Самыми распространенными первыми операциями на сердце были комиссуротомии, проводимые при митральном стенозе. И вот эту волну огромного количества пороков сердца удалось остановить. Все этому радовались. Конечно, основной причиной было то, что была установлена этиология процесса — стрептококк, проводилась планомерная пенициллиновая профилактика.

Валентина Александровна сегодня напомнила, что последняя большая группа пациентов с начальными фазами тяжелого ревматизма, то, что сейчас называется ревматической лихорадкой, тогда в Институт положили около 300 человек из госпиталей. Потому что в этот период, когда пандемия ревматизма иссякала, продолжалась она в армии. Точно так же, как нигде уже не было крупозных пневмоний, их даже начали переименовывать, а в армии они были, даже со смертельными исходами. Валентину Александровну тогда пригласил министр здравоохранения и поблагодарил за те успехи, которые достигнуты в борьбе с ревматизмом, и сказал, что теперь можно закрывать институт. Валентина Александровна в первом же разговоре сумела убедительно показать, что действительно то, что касается ревматизма сердца, то он существенно отступил, а то, что касается других заболеваний, проявляющихся в первую очередь суставами процессом, их меньше не стало. Валентина Александровна смогла убедить министра, отстоять институт и ревматологию в целом. Сегодня Валентина Александровна в очередной раз смогла показать нам и клинический подход, и фундаментальные достижения ревматологии.

АНТИРЕКЛАМА

Агентство по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами (FDA), США, сообщает о том, что число летальных исходов и серьезных осложнений лекарственной терапии достигло уровня в I квартале 2008 г. 4825 смертей и около 21 000 различных осложнений (данные Института безопасной медицинской практики — ИБМП). По данным ИБМП, число летальных исходов вследствие применения

Фармаконадзор предупреждает: варениклин дает серьезные неблагоприятные побочные реакции и вызывает летальные исходы

лекарств, назначенных врачами, в I квартале 2008 г. увеличилось приблизительно на 38%, по сравнению с этим же периодом 2007 г. Наибольшее число летальных исходов было связано с 10 препаратами, каждый из которых был причиной более чем 100 смертей.

Среди наиболее опасных препаратов назван варениклин, препарат, рекомендуемый для облегчения прекращения курения. Только за 3 мес. 2008 г. с применением варениклина связано 50 смертей и 1001 осложнение. FDA информирует общественность о риске развития прежде всего психических расстройств вследствие использования варениклина, которые проявлялись изменениями в поведении, агитации, депрессивными состояниями, суицидальными попытками. Кроме того, варениклин может вызывать судороги и потерю сознания, возможно, в результате внезапного нарушения сердечного ритма. Эти нарушения могут возникать и после отмены препарата.

В США варениклин зарегистрирован под названием Шантикс и применяется с 2006 года. Всего за этот период зарегистрировано 112 летальных исходов и 3325 серьезных осложнений. В связи с этими данными, ИБМП рекомендует

FDA запретить применение варениклина у людей, связанных с операторской деятельностью, прежде всего у пилотов и авиадиспетчеров, в ракетных войсках и др.

Другие сообщения о серьезных и летальных осложнениях ассоциировались с обезболивающими и наркотическими препаратами, такими, как оксикодон, фентанил, морфин, метадон и гидроксон (препараты злоупотребления). Ацетаминофен и ибупрофен чаще всего были причиной осложнений, в том числе и с летальными исходами.

Drug topics, Nov. 24, 2008

Справка: в России варениклин зарегистрирован под названием Чампикс, регистрационный номер ЛСР-006439/08, от 11.08.2008, форма выпуска — таблетки 1 мг, производитель — Pfizer Manufacturing Deutschland Gmb, Германия. Федеральный центр мониторинга безопасности лекарственных средств (ФЦМБЛС) рекомендует распространить информацию о риске применения Чампикса среди медицинских работников и информировать ФЦМБЛС обо всех подозреваемых осложнениях, связанных с данным препаратом.

Предисловие

«Очерки интенсивной терапии» создаются для врачей, которые готовы встретить в своей практике неожиданные и сложные ситуации. Для внимательного и ответственного врача, независимо от его профессии, «осложнения, требующие безотлагательных действий», совсем нередки — из них состоит вся жизнь. В учебной литературе они разбираются редко, но какое дело пациентке с эмболией околоплодными водами, встречается аналогичный случай в учебнике или нет: ее жизнь в руках врача, которому необходимо принять единственно правильное решение.

Большинство представляемых наблюдений сделано участниками утренних конференций Гематологического научного Центра РАМН во время сдачи

дежурств. Материал не обкатан в литературном смысле, почти не приглажен. С этим неизбежно связаны упущения многих подробностей и связей, известных постоянным участникам утренних конференций. Попытки дополнить и улучшить живые записи неизбежно приводили нас в тупик и по объему необходимых исправлений, и по выхолащиванию сути происходящего. Мы просим читателя не ожидать от этих очерков систематизированного изложения материала, а просто окунуться в атмосферу напряженного поиска в обществе врачей, обсуждающих септические и полиорганное осложнения, и почти не удивляющихся тому, что в конечном счете бывшие пациенты уходят из клиники на своих ногах, и выздоровление носит практически полный характер.

Очерки рассказывают о нашем личном опыте встречи с тяжелыми болезнями, с новой терапией, новыми препаратами, новыми комбинациями противоопухолевых препаратов. И в этом новом надо не допускать «традиционных» ошибок — наших собственных правильных, но вчерашних действий. Например, именно на утренних конференциях сформировалось понимание того, что при кровопотерях самые страшные осложнения возникают из-за избыточных переливаний эритроцитарной массы, направленных против анемического синдрома. Этот синдром сам по себе вне критического малокровия (границы которого, конечно, зависят от того, находится пациент на поле боя или на койке реанимационного отделения) безопасен и чаще всего безвреден. Для противоопухолевой химиотерапии важнейшим условием успеха является правильное начало программного лечения. Это сложно потому, что на постановку окончательного диагноза отпускается мало времени, но начало терапии с «раскачки», с недостаточных доз цитостатиков приводит к рецидивам, качественно иному состоянию опухоли и принципиально худшему прогнозу.

Страх перед осложнениями также часто приводит к тому, что пациента не долечивают и теряют. Сегодня заблуждением оказался отказ от применения гепато- и нефротропных цитостатиков. Остановка почек на фоне противоопухолевой терапии — явление стандартное, успешно купируемое с помощью диализа, иногда довольно продолжительного. Что же касается печени, то гепатаргия при химиотерапии практически нам не встречалась. Репаративные возможности печени в большинстве случаев недооцениваются. Печень даже при небольшом количестве сохранившейся паренхимы прекрасно восстанавливается. И широко распространенная постановка диагноза цирроза печени является для врача пугалом, мешающим проводить адекватную терапию. Нам не приходилось терять больных от гепатаргии, обусловленной химиотерапевтическим вмешательством.

Наша убежденность связана с тем, что при госпитализации в ГНЦ РАМН пациенты отбираются только по признаку диагноза и нашей способности при таком диагнозе помочь. По тяжести соматической патологии больных не отбирали: никогда не было отказано пациенту потому, что он слишком тяжел. Это было для нас категорически исключено. Возраст никогда не был препятствием к началу терапии или к помещению в стационар. С лимфосаркомами мы лечили больных и в 90 лет. Понятие «бесперспективный» случай у нас относится только к категории тех опухолей, которые уже неоднократно и неудачно лечили. В частности, онкогематология не знает «4-й стадии опухолевого роста», когда масштабы поражения делают прогноз плохим. Если есть опухоль, то она сама по себе является показанием к терапии, независимо от соматических дополнений к тяжести.

Мы практически не переводили от себя пациентов в учреждения другого профиля из-за осложнений — мы с ними боролись у себя на месте. Эпилептический статус, шизофренический шуб лечились в ГНЦ РАМН, так как обеспечить в специализированном психиатрическом или неврологическом стационаре проведение химиотерапевтических программ было гораздо сложнее, чем проведение психотропной терапии у нас. К каким проблемам приводили такие установки и как мы выходили из создававшихся положений, вы будете узнавать по ходу публикаций.

Нельзя противопоставлять себя или доморощенные программы мировым достижениям. Мы отлично знаем, что большинство программ пришло из США совершенно не случайно. Основная лекарственная промышленность сосредоточена там. Но необходимо помнить, что схема лечения, проходя через руки и душу врача, обрастает на этом пути реальной клинической плотью. Как нельзя назначить хорошее лечение дигоксином или бета-адреноблокаторами, не видя пациента, опираясь только на цифровые показатели его анализов, так невозможно лечить опухоли, опираясь только на стандартизованные параметры. «Арифметическая медицина» глубоко ошибочна. Опытный врач примет к сведению стандартные данные но, практически всегда, в той или иной мере, адаптирует программу под конкретного пациента.

Имеет ли мы право давать нашим коллегам рекомендации? Безусловно. Если результативность излечения лимфогранулематоза в ГНЦ РАМН превышает 90%, если аналогичная картина при диффузной В-крупноклеточной лимфосаркоме, при остром промиелоцитарном лейкозе, при других смертельных (без терапии) болезнях, мы смело указываем на пройденную нами дорогу как на гарантирующую успех. Нас вел опыт наших учителей, дифференцирование нозологических форм, вве-

Очерки интенсивной терапии от ГНЦ РАМН

Под редакцией А.И. Воробьева и Н.Е. Шкловского-Корди



Раздельная вентиляция легких

дение новых критериев классифицирования, в частности морфологии, топики, ответа на терапию. Наши рекомендации и классификации в своих принципах не расходятся с работами других клиник, где бы в мире они ни находились, только бы имели личный опыт ведения аналогичных тяжелых пациентов.

Цена победы

У беременной Г., 21 года, (срок 38 недель, крупный плод, многоводие, фетоплацентарная недостаточность, пиелонефрит) в роддоме повысилась температура до 38,7°C, появились потрясающие ознобы, ощущение тяжести в пояснице. В крови гемоглобин — 108 г/л, лейкоциты — $5,9 \times 10^9$ /л, РОЭ — 40 мм/ч, в моче эритроциты — 10–12, лейкоциты густо покрывали все поля зрения. На фоне ампициллина самочувствие улучшилось, температура нормализовалась. На 6-е сутки излились светлые воды, началась родовая деятельность, осложнившаяся слабостью родовой деятельности и внутриутробной гипоксией плода. Попытки медикаментозной стимуляции родов были безуспешными и было проведено кесарево сечение. Извлечен здоровый мальчик.

Ранний послеоперационный период осложнился гипотонией матки, начато введение окситоцина. Внезапно появились нехватка воздуха, одышка, цианоз, надсадный кашель, тахикардия 120 уд/мин. Насыщение гемоглобина кислородом — до 70%. В легких влажные хрипы, рентгенологически — картина альвеолярного отека легких, на ЭКГ — перегрузка правых отделов сердца. ЦВД повысилось с 0 до 18 см вод. ст. Была заподозрена эмболия околоплодными водами, обусловленная, возможно, введением окситоцина. Нарастали острая дыхательная недостаточность, гипоксемия. На 2-е сутки после кесарева сечения была выполнена назотрахеальная интубация, начата ИВЛ.

Переведена в отделение анестезиологии и реаниматологии ГНЦ РАМН в крайне тяжелом состоянии, кожа и видимые слизистые бледные, отеков нет, температура — 39,0°C. АД 70/50 мм рт. ст., ЧСС 112 уд/мин, ЦВД 3 см вод. ст. Живот мягкий, умеренно вздут, перистальтика вялая, в подкожной клетчатке вдоль послеоперационных швов инфильтрат. Из половых путей поступало небольшое количество геморрагического отделяемого. Продолжалась ИВЛ с регулируемым объемом в агрессивном режиме: поддерживать насыщение гемоглобина кислородом в пределах 95–99% удавалось при фракции вдыхаемого кислорода 65–80% и положительном давлении в конце выдоха 10–12 см вод. ст. При этом отмечалось высокое пиковое давление на вдохе, низ-

ИнтерНьюс

Американская компания выплатит миллион долларов за неудачную программу пересадки почек

Один из крупнейших поставщиков медицинских услуг в США компания Kaiser Permanente согласилась выплатить миллион долларов компенсации 5 участникам неудачно разработанной программы пересадки почек. Обвинительные заявления в адрес компании были поданы вскоре после публикации журналистского расследования *Los Angeles Times* в 2006 г.: выяснилось, что Kaiser Permanente поставила под угрозу жизни и здоровье сотен пациентов из Северной Калифорнии, вынудив их участвовать в новой программе пересадки почек, не способной справиться с потоком больных. По словам адвоката двух бывших пациентов и родственников трех умерших пациентов Лоренс Айзенберг, провал программы трансплантации привел к смерти нескольких не дождавшихся донорских органов больных и поставил под угрозу жизни остальных. Kaiser Permanente опубликовала короткое сообщение, в котором подтверждает свое согласие выплатить компенсации и выражает глубокие сожаления по поводу проблем, возникших при реализации программы. Эти проблемы начались вскоре после того, как компания осенью 2004 г. начала перемещать около 1500 ожидающих пересадки почки пациентов из надежных клиник Университетов Калифорнии в Сан-Франциско и Дэвисе в собственный новый центр трансплантации. Через несколько месяцев очередь ожидания пересадки в Kaiser Permanente стала одной из длиннейших в стране. В 2005 г. умерших участников программы было вдвое больше, чем получивших донорский орган, в то время как в целом по стране наблюдалась обратная ситуация: умерших было вдвое меньше, чем получивших почку. Размер компенсаций каждому из 5 пациентов или их родственников, подавших заявления в суд, составил от 100 до 300 тысяч.

Источник: medportal.ru

Производство антибиотиков и инфузионных растворов стало в России убыточным.

Крупнейший за Уралом лекарственный завод «Красфарма» полностью остановился 31 марта. Уведомление о сокращении получили 1070 работников. Между тем ОАО «Красфарма», ранее ордена Трудового Красного Знамени и имени 60-летия СССР комбинат «Красноярскмедпрепараты» — один из крупнейших производителей отечественных антибиотиков, единственный производитель грамицидина С, полиамина. Из локального кризиса 2002—2003 гг., когда было прекращено из-за убыточности производство пенициллина и стрептомицина, а под сокращение попали более 700 работников, комбинат выкарабкался. Он продолжал выпускать почти два десятка наименований антибиотиков и такое же количество различных кровезаменителей и инфузионных растворов. Тем не менее рабочих и ИТР продолжали увольнять, в прошлом году сокращения стали массовыми, а демонтаж оборудования поставлен на поток. Контрольный пакет «Красфармы» (50,3%) принадлежал «Валенте» (ранее ОАО «Отечественные лекарства»). В ноябре прошлого года холдинг этот пакет продал. Имя нового собственника власти не называют, но по их утверждениям он намерен модернизировать производство в течение полутора лет. В краевой федерации профсоюзов в успехе реанимационных мер сомневаются, скорее всего, говорят там, на заводской площадке появится гостиничный комплекс.

Источник: Новая газета

FDA, как образец

Конгресс США принял решение передать FDA регулирование еще и табачного рынка, естественно, с учетом опыта FDA в контроле над рекламой лекарственных средств и пищевых продуктов. В этом году FDA впервые использовало свое право (дано в 2007 г.) не просто обсуждать с компаниями-производителями надписи на упаковках и информацию для прописывания лекарственных средств, а принуждать. Поскольку компания Amgen не согласилась с аргументами FDA, теперь ей просто приказано изменить информацию и ограничить рекомендованное использование двух лекарственных средств, на которых Amgen делает почти все свои прибыли — гарбэпозтина альфа и эпоэтина альфа (о небоснованно расширенном использовании этих лекарств при анемии у онкологических больных *Lancet* писал в прошлом году). Вся информация о побочных эффектах зарегистрированных лекарственных средств ныне размещена на одной странице сайта FDA: <http://www.fda.gov/Cder/drugSafety.htm>.

Источник: Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2008, № 4

ИнтерНьюс

Больничный против кризиса

Федеральный фонд социального страхования (ФСС) намерен ужесточить контроль выдачи листов временной нетрудоспособности. Об этом рассказал председатель ФСС Сергей Калашников на коллегии фонда. Такое намерение связано с удвоением числа выданных больничных в первом квартале 2009 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Средняя продолжительность нахождения на больничном увеличилась с 12 дней в первом квартале 2008 г. до 23 дней — в январе—марте 2009, при этом общее число работающих снизилось. На фоне этого работодатели стали чаще не выплачивать пособия по обязательному социальному страхованию. Среди причин участвующих случаев временной нетрудоспособности названы связанные с кризисом стрессы, а также обычный рост заболеваемости в зимний сезон. Другие очевидные факторы, такие, как выход на больничный с целью отсрочить увольнение или просто дать себе отдых в условиях повышенной нагрузки и уменьшенной зарплаты, на коллегии публично не обсуждались. В итоге ФСС столкнулся со значительными финансовыми затруднениями: его ресурсы были потрачены на покрытие дефицита в 2008 г., а расходы на выплату пособий увеличились почти на треть — со 100 до 132 млрд. руб. При этом фонд не располагает эффективными механизмами мониторинга выдачи больничных. Калашников планирует исправить ситуацию заключением соглашения с Росздравнадзором по осуществлению экспертиз временной нетрудоспособности, усовершенствованию процедур самой экспертизы, введению плановых проверок медицинских учреждений и межведомственного контроля их работы.

Источник: Коммерсантъ

Военные технологии в мирную медицину

Для проведения в Эндокринологическом научном центре эндоскопических операций с применением пространственной (трехмерной) визуализации будет применяться мобильный наплывной дисплейный комплекс с отображением информации, технология которого отработана на наплывном дисплее американского истребителя 5-го поколения F-35. Об этом сообщил вице-президент американской фирмы «Нэксел дифен энд аэроспейс» Б. Данилов. Эта фирма является одним из ведущих поставщиков американских систем отображения информации российским заказчикам. «Технология пространственной или трехмерной медицины, вышедшая из недр военно-промышленного комплекса США, активно применяется в ведущих американских госпиталях уже несколько лет. Сегодня более 20 госпиталей США применяют наплывную систему визуализации. Заведующий отделением андрологии и урологии Д. Курбатов намерен применять для сложных эндоскопических операций мобильный наплывной дисплейный комплекс с трехмерной визуализацией, аналог которого при содействии «Нэксел дифен энд аэроспейс» в настоящее время создается с привлечением оборонного предприятия «Каскад-Оптэл», специализирующегося в создании оптико-электронной и тепловизионной аппаратуры специального назначения. По мнению медицинских экспертов, применение в хирургии систем трехмерной визуализации является следующим шагом по сравнению с традиционной двухмерной хирургией и медицинскими роботами.

Источник: ami-tass.ru

Американцы инвестируют в биотехнологии

По данным маркетинговой фирмы Burrill & Compton, в 2008 г. фармацевтические и биотехнологические компании США потратили рекордную сумму на научные исследования — \$65,2 млрд., что на \$2 млрд. больше, чем в 2007 г. Из них примерно \$50,3 млрд. пришлось на долю фармацевтических, около \$14,9 млрд. — биотехнологических компаний. Исследование бизнес-школы Вартон (Wharton School of the University of Pennsylvania) показало, что в 2006 г. американские компании, действующие на этом рынке, потратили на научные изыскания и внедрение научных разработок в производство \$65 тыс. на каждого своего сотрудника. Это примерно в 8 раз больше, чем уровень подобных инвестиций всех иных секторов экономики США. В целом, по оценкам Ассоциации Разработчиков и Производителей Фармацевтической Промышленности США (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America), в процессе испытаний находится более 2,9 тыс. новых медицинских препаратов. Из них около 750 предназначены для борьбы с раком, более 300 — с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 150 — с диабетом, примерно 110 — ВИЧ/СПИДом.

Источник: Washington Profile

Начало на стр. 5

кая статическая растяжимость дыхательной системы, гиперкапния.

На рентгенограмме однородное снижение прозрачности легочного фона, корни легких, куполы диафрагмы не дифференцировались. В крови лейкоциты $3,3 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов — 1%, сегментоядерных — 36%, лимфоцитов 53%, гемоглобин — 58 г/л, общий белок 57 г/л, АСТ — 262 ед/л, АСТ 239 ед/л. Лабораторные признаки ДВС-синдрома в гиперкоагуляционной фазе с умеренным «синдромом потребления»: тромбоциты $156 \times 10^9/\text{л}$, АЧТВ 25 сек (норма 33 сек), фибриноген — 6,6 г/л, XIIa-зависимый фибринолиз — 223 мин (норма 6—12 мин), резко положительный этаноловый тест.

Начата эмпирическая антибактериальная терапия (имипенем, ванкомицин, флюканозол), полное парентеральное питание, круглосуточная инфузия гепарина со скоростью 700—1000 ед/час для поддержания нормокоагуляции по АЧТВ. От трансфузии плазмы было решено воздержаться из-за тяжелых реакций на ее переливания в анамнезе. Проводилась инфузия альбумина для поддержания уровня общего белка не ниже 60 г/л, деконтаминация кишечника, седация дормикомом.

В лаважной жидкости выявлены грамположительные кокки, единичные дрожжеподобные грибы, в посевах — рост *P.aureginosa*. Последовательно сменялись антибиотики на максипим, амикацин, ванкомицин, метронидазол, амфотерицин В. Однако больная продолжала высоко лихорадить, нарастал лейкоцитоз до $22 \times 10^9/\text{л}$, в формуле появился выраженный сдвиг влево. На 4-е сутки резко ухудшение состояния: АД 70/40 мм рт. ст., тахикардия до 140 уд./мин, температура 40°C, резкая болезненность при пальпации над левым, вздутие живота, отсутствие перистальтики; кровянисто-серозное отделяемое из матки с запахом, матка дряблой консистенции. Состояние расценено как развитие септического шока на фоне метрэндомиетрита. Произведена экстирпация матки с трубами. В миометрии микроскопически обилие тромбированных сосудов, вокруг них — обильная инфильтрация сегментоядерными нейтрофилами, очаги распада.

На следующие сутки температура снизилась до 38,6°C, стабилизировалось АД, но сохранялась выраженная интоксикация, парез кишечника. Большой объем инфузионной терапии — до 4—5 л/сут. повышал риск развития объемной перегрузки: несмотря на мочепогонную терапию, ЦВД повысилось до 15 см вод. ст., появились отеки на стопах, рентгенологически выражены признаки отека легких, ухудшились показатели газообмена, появилась гипернатриемия до 155 ммоль/л. Было решено включить круглосуточную высокопоточную гемодиализацию, которая продолжалась непрерывно 17 суток. Ежесуточный объем замещения составлял 100 л (т.е. около 26 объемов циркулирующей крови), при объеме ультрафильтрации около 5 л. Потери глюкозы и аминокислот компенсировались за счет соответствующих растворов, пересчитывались дозы антибиотиков; непрерывная гепаринизация осуществлялась под контролем АЧТВ.

Температура снизилась до субфебрильных цифр, нормализовался водно-электролитный баланс. Оставалось проведение ИВЛ в агрессивных режимах. На 4-е сутки после трахеостомии в связи с частичным сбросом воздуха мимо манжетки трахеостомической трубки в ротовую полость была произведена замена ее на трубку большего диаметра. На следующие сутки отмечено появление резкого вздутия живота, подкожной эмфиземы в области шеи, груди, пневмомедиастинума и пневмоперитонеума. При бронхоскопии обнаружено повреждение мембранозной части трахеи на 1 см выше бифуркации трахеи, проникавшее в переднее средостение.

Для прекращения поступления воздуха через дефект трахеи трахеостомическая трубка была максимально низведена до уровня карины, герметизация достигнута раздуванием манжетки. Однако спустя 4 часа отмечалось резкое нарастание подкожной эмфиземы, усиление сброса воздуха через ротовую полость, увеличение живота с тимпанитом. Из-за очень низкого расположения дефекта было принято решение о проведении отдельной интубации бронхов. Двухпросветная интубационная трубка для отдельной интубации для этой цели была не пригодна, поскольку дефект слизистой оказывался либо на уровне трахеальной манжетки, либо ниже ее. Под контролем бронхоскопии произвели интубацию бронхов двумя интубационными трубками: трансназально — трубка для вентиляции правого бронха, имеющая на уровне манжетки дополнительное боковое отверстие для вентиляции верхнедолевого бронха, а в главный левый бронх — через трахеостомическое отверстие.

Были разведены швы на передней брюшной стенке и установлен дренаж в поддиафрагмальное пространство, выделено 3,0 л воздуха а из дренированного переднего средостения — 0,2 л воздуха. ИВЛ продолжена с прежними параметрами. Состояние больной оставалось крайне тяжелым. Температура на фоне охлаждения крови через контур гемофильтра оставалась 38,2°C, при прекращении экстракорпорального охлаждения — повышалась до 40°C. Сохранялись тахикардия до 140—150 уд./мин, лейкоцитоз до $30 \times 10^9/\text{л}$, в коагулограмме — гиперфибриногенемия до 6,2 г/л, удлинение времени XIIa-зависимого фибринолиза до 255 мин.

Несмотря на проведение ИВЛ в режиме гипервентиляции с высоким пиковым сопротивлением, появилась и стала нарастать гиперкапния (PaCO_2 — 75 мм рт. ст.). Выявлена разная степень поражения легких: субтотальное поражение левого легкого и очаговое — правого. С целью выяснения характера поражения легких выполнен отдельный бронхоальвеолярный лаваж. В посевах из левого легкого получен рост *P.aureginosa*, лаваж из правого легкого — стерильный. Статическая растяжимость правого легкого составляла 28, а для левого — 12 мл/см вод. ст.

Каждое из легких было подключено к своему респиратору. Подбор параметров ИВЛ основывался на решении задачи улучшения вентиляции при уменьшении шунтирования крови. Для предупреждения баротравмы оба респиратора были переведены на режим с регулируемым давлением. Менее пораженное правое легкое вентилировалось с невысоким уровнем ПДКВ и уровнем регулируемого давления, позволяющим получить достаточный дыхательный объем. Более пораженное левое легкое вентилировалось с высоким уровнем ПДКВ и невысоким регулируемым положительным давлением. Дыхательный объем в левом легком был велик и частота дыхания меньше, чем в правом легком. Тем самым достигалось большее раздувание легкого и уменьшение шунтирования крови. Параметры подбирались таким образом, чтобы пиковое сопротивление, регистрируемое каждым из респираторов, не превышало 35 мм рт.ст. Респираторы работали асинхронно. Через час после начала отдельной ИВЛ нормализовался уровень PaCO_2 , снизили фракцию вдыхаемого кислорода до 40%, при удовлетворительной оксигенации крови.

На 2-е сутки отдельной вентиляции отмечено ослабление дыхания над левым легким, на рентгенограмме обнаружен свободный воздух в левой плевральной полости, левое легкое — коллабировано. Дренирована левая плевральная полость, однократно выделено 150 мл воздуха, левое легкое расправилось. После 10 суток ИВЛ через 2 бронхиальные трубки полностью разрешилась подкожная эмфизема, зажил дефект мембранозной части трахеи.

Раздельная интубация бронхов прекращена, через трахеостому установлена трубка, конец которой располагался на 4 см выше бифуркации трахеи. Начата вспомогательная вентиляция легких в режиме поддержки давлением с фракцией вдыхаемого кислорода 35%.

Состояние оставалось тяжелым: гипертермия, тахикардия, лейкоцитоз $38 \times 10^9/\text{л}$. Выраженность интоксикации не соответствовала динамике легочного поражения, и с учетом длительной назо-трахеальной интубации, наличия назо-энтерального зонда заподозрили воспаление придаточных пазух носа. При компьютерной томографии выявлено отсутствие пневматизации основной, правой лобной пазух, субтотальное затемнение клеточек решетчатого лабиринта и частичное — левой лобной пазухи. Произведена пункция гайморовых пазух, получено гнойное отделяемое с ростом *P.aureginosa* и чувствительностью штаммов, как и в посевах бронхоальвеолярного лаважа.

Через 8 часов после пункции, дренирования и начала промывания растворами антисептиков гайморовых пазух у больной вновь повысилась температура до 40°C, тахикардия до 165 уд./мин, снижение АД до 60/30 мм рт. ст. Проводимые лечебные мероприятия (инотропная поддержка допамином, волемическая терапия, антибактериальная терапия, промывание гайморовых пазух) позволили вывести больную из состояния шока. К следующим суткам у нее стабилизировалось АД на нормальных цифрах без введения инотропных препаратов, снизилась температура тела до субфебрильных цифр, пульс до 105—110 уд./мин, уменьшились признаки ДВС-синдрома (уровень фибриногена до 2,6 г/л и время XIIa-зависимого фибринолиза до 50 мин), снизилось число лейкоцитов крови до $7,9 \times 10^9/\text{л}$, нормализовалась лейкоцитарная формула. Еще через сутки была прекращена гемодиализация.

Состояние улучшалось, регрессировала дыхательная недостаточность, началась постепенная активизация больной. В течение дня она находилась на самостоятельном дыхании через трахеостомическую трубку, сидела в постели, была контактна, полностью ориентирована. Гепаринотерапия продолжалась. Прекращено парентеральное питание, увеличены объем и калорийность энтеральной смеси до 1500 ккал/сут. Однако на 2-й день после увеличения скорости инфузии энтеральной смеси у больной появились боли в животе, метеоризм, мелена. При гастроскопии выявлен язвенный дефект от субкардиального до антрального отдела желудка. В сыворотке крови — повышение уровня амилазы 1400 ед./л (норма до 220 ед./л). В связи с развитием острого панкреатита и желудочного кровотечения энтеральное питание было прекращено, начаты полное парентеральное питание, противоязвенная терапия. Через неделю явления панкреатита стихли, уровень амилазы крови нормализовался, желудочное кровотечение не рецидивировало, и энтеральное питание было возобновлено. Температура тела оставалась нормальной.

На 28-е сутки пребывания в реанимационном отделении, когда планировалось удаление трахеостомы, у больной возникло трахеальное кровотечение, которое привело к обтурации трахеи и бронхов сгустками крови. Выполнена бронхоскопия, удалены сгустки, восстановлена проходимость дыхательных путей. На задней стенке слизистой тра-

Продолжение на стр. 7

Министерство здравоохранения и социального развития РФ отменило отвод от донорства крови и ее компонентов лиц гомосексуальной ориентации, что стало победой активистов правозащитного проекта GayRussia.Ru, которые на протяжении более чем 2 лет добивались внесения соответствующих изменений в нормативный акт министерства. 16.04.08 Министр здравоохранения и социального развития РФ Т. Голикова подписала приказ «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.09.01 № 364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов».

Приказ, зарегистрированный в Минюсте РФ 13.05.08 за № 11679, в частности, закрепляет, что «В приложении № 2 «Перечень противопоказаний к донорству крови и ее компонентов» к Порядку медицинского обследования донора крови и ее компонентов в абзаце 2 пункта 1.1 раздела I «Абсолютные противопоказания (отвод от донорства независимо от давности заболевания и результатов лечения)» слова «и лица, относящиеся к группе риска (гомосексуалисты, наркоманы, проститутки)» исключить».

Активисты правозащитного проекта GayRussia.Ru празднуют победу: они добились отмены отвода от донорства крови лиц гомосексуальной ориентации с апреля 2006 г. Они писали письма в Минздравсоцразвития РФ и Генеральную прокуратуру РФ с требованием снять запрет как противоречащий Конституции РФ и федеральному законодательству. Дважды министерство отвечало активистам, что изменения в соответствующий приказ Минздрава готовятся и проходят внутриведомственное согласование.

Свое третье обращение в Минздравсоцразвития РФ гей-активисты направили в апреле 2008 г. Они напомнили, что «с мая 1993 г. гомосексуальные отношения между взрослыми людьми по обоюдному согласию в частной обстановке не являются в Российской Федерации преступлением. С 1999 г. российская психиатрия перешла на Международную классификацию психических заболеваний и больше не признает гомосексуальность психическим отклонением».

Инициаторы обращения также подчеркивали, что «согласно статье 23 Конституции РФ, «каждый человек имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну». В соответствии с ч. 2 ст. 19 Конституции РФ, «государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств».

В соответствии с Законом РФ «О донорстве крови и ее компонентов» от 9 июня 1993 г. № 5142-1 с последующими изменениями и дополнениями, во исполнение которого принят вышеуказанный Порядок медицинского обследования донора крови и ее компонентов, «донорство крови и ее компонентов — свободно выраженный добровольный акт». В ст. 1 также закрепляется, что «донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин в возрасте с 18 лет, прошедший медицинское обследование».

14 сентября 2007 г. гей-активисты намеривались провести пикетирование здания Минздравсоцразвития с требова-

ниями отмены дискриминационного отвода от донорства крови лиц гомосексуальной ориентации. Префектура Центрального административного округа Москвы отказала гей-активистам в проведении мероприятия. Несанкционированная акция привела к задержаниям участников пикета милицией у стен министерства, они были оштрафованы за участие в несанкционированном публичном мероприятии. В этот же день несколько гей-активистов, включая организатора московского гей-прайда Николая Алексея, попытались сдать кровь на Центральной станции переливания

крови в Москве, однако сделать им это не удалось. В разговоре с Николаем Алексеевым, состоявшемся в присутствии журналистов, заместитель главного врача станции переливания крови Сергей Оприщенко признал, что запрет невозможно реализовать на практике и, что должен быть отменен. Все это время он использовался для стигматизации лиц гомосексуальной ориентации, которые были поставлены на один уровень с наркоманами и проститутками.

Н. Алексеев заявил что очень рад решению Минздравсоцразвития отменить дискриминационный отвод от донорства крови лиц гомосексуальной ориентации. Мы вели кампанию за снятие данного запрета на протяжении двух лет, и она принесла свои результаты. По его мнению, «это решение отражает самые передовые тенденции, отмечающиеся в ведущих демократических странах мира. Россия станет в этом отношении примером для многих, в том числе западных стран, где такие ограничения до сих пор сохраняют силу. Он подчеркнул, что российское законодательство наконец-то избавилось от последнего прямого дискриминационного положения в отношении лиц гомосексуальной ориентации».

Все бы оно ничего, только под этими бравурными разговорами на тему «делаем, что хотим» здоровье и жизни людей-реципиентов. Дело не в том, захотят ли они, чтобы им переливали кровь от геев и лесбиянок. Половые контакты не через естественные пути способствуют распространению гемотрансмиссивных инфекций — гепатита и, главное — ВИЧ. До сих пор наша страна гордилась тем, что у нас ВИЧ-инфекции был поставлен надежный заслон в службе крови: нет ни одного случая заражения через донорскую кровь (хотя несколько раз ВИЧ-положительные компоненты крови переливались). Исключением является темная история с заражением детей в середине 80-х в ... где, по непроверенным данным, заражение произошло через вакцину, введенную большому числу новорожденных. Однако точки над *i* не расставлены, и утверждать на верное этого нельзя. А вот в США, Канаде, Франции — там через кровь были заражены ВИЧ многие тысячи, и большинство уже погибло. В том числе и потому, что система профилактики там «хромает».

Важнейшим элементом этого заслона является опрос потенциальных доноров и отнесение их к группам риска по гемотрансмиссивным инфекциям. К этим группам риска и относятся наркоманы, проститутки и геи. Замечу, что проститутки официально в стране нет, как нет и женщин «легкого поведения» — так, мимо проходили. В новой редакции приказа нет прямых указаний на отвод указанных лиц от донорства, но сохранены относительные противопоказания к донорству. Имеющий глаза — протрет правильно.

В заключение следует подчеркнуть: пролежни на слизистой трахеи, язвы в желудке, кровотечения, расхождения швов, полиорганная недостаточность, панкреатит — все это проявления ДВС-синдрома, обусловленного вначале эмболией околоплодными водами, а позднее — септическим процессом.

При эмболии околоплодными водами умирает обычно до 80% женщин, не лучше показатели и при развитии септического шока. Каждое из имевшихся у пациентки осложнений чаще всего смертельно. Однако, справиться удалось со всеми осложнениями. Излечения больной удалось достичь лишь благодаря комплексу лечебных мероприятий, ряд из которых выходил за рамки стандартных вмешательств. Важной и необходимой составляющей лечения подобных больных является круглосуточная готовность к работе различных служб: реанимационной, эндоскопической, хирургической, нефрологической, лабораторной и рентгенологической. Лишь скоординированная работа всех специалистов — И.Б. Рязановой, Е.М. Шулуто, А.А. Дрожжина, В.С. Шавлохова, Г.А. Клясовой, В.А. Махина, З.М. Федер, М.А. Шерудило, Л.С. Бирюковой, В.М. Гордеевского позволила справиться с многочисленными осложнениями, возникшими у больной в процессе лечения.

Принципиальным моментом ведения подобного больного является участие в работе «свежей головы», врача-координатора, которым не может быть лечащий врач, и, строго говоря, заведующий отделением. Не ведя непосредственного наблюдения за больным, такое «лицо» может видеть больше, лучше сопоставлять факты и оценивать причинно-следственные связи, что и позволяет принимать адекватные, но нестандартные решения.

Спустя 2 года, состояние бывшей пациентки удовлетворительное, она воспитывает ребенка, неврологической симптоматики нет, работает медсестрой в родильном доме, в котором она родила.

Г.М. Галстян

ИнтерНьюс

Главное рано выявить, а чем лечить?

Итогами заседания Межведомственной рабочей группы по приоритетному национальному проекту «Здоровье» и демографической политике поделилась директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Валентина Широкова: «Результатом реализации программы «Родовый сертификат» стало улучшение качества наблюдения беременных в женских консультациях». По оперативным данным субъектов РФ, которые привела директор Департамента, число женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки, возросло на 9,2% (с 74,2% в 2005 г. до 81% в 2008 г.). Количество посещений беременными женских консультаций увеличилось с 11,6 посещений за период наблюдения в 2005 г. до 13,6 в 2008 г. В Широкова подчеркнула, что благодаря родовым сертификатам учреждения родовспоможения получили возможность приобрести современное медицинское оборудование. За счет средств, поступивших от родовых сертификатов, были закуплены дорогостоящая диагностическая, наркозно-дыхательная аппаратура, лабораторное оборудование. Приобретены аппараты УЗИ, в том числе эксперт класса, фетальные мониторы, биохимические анализаторы, инкубаторы для новорожденных, открытые реанимационные системы и другое оборудование. Охват беременных женщин ультразвуковым скринингом увеличился на 8,9% (с 87,8% в 2005 г. до 95,6% в 2008 г.), биохимическим на 40,5% (с 52,8% до 74,2%). В 2008 г. общая сумма средств, перечисленных учреждениям здравоохранения, составила 16508,5 млн. руб. «На 2009 г. предусмотрены средства в объеме 17000,0 млн. руб.», — подчеркнула директор Департамента. Она отметила, что «за услуги, оказанные в январе-марте 2009 г., учреждениям здравоохранения уже перечислено 4077,8 млн. рублей, что на 6,7% больше, чем за аналогичный период прошлого года». Стоимость родового сертификата с 2008 г. составляет 11 000 руб. По словам Широковой, мероприятия по совершенствованию службы родовспоможения в комплексе с мерами государственной поддержки семей с детьми оказали положительное влияние на основные демографические показатели. В 2008 г. родились 1717,5 тыс. детей, что на 107,4 тыс. детей (на 6,7%) больше, чем в 2007 г. Коэффициент рождаемости составил 12,1 на 1000 населения, в то время как в 2006 г. он составлял 10,4. Широкова также отметила, что наблюдается положительная динамика состояния здоровья беременных: снизилась частота анемии, болезней мочеполовой системы, болезней системы кровообращения и т. д. Увеличилась доля нормальных родов с 35,1% в 2006 г. до 36,7% в 2007 г. Показатель младенческой смертности снизился с 11,0 на 1000 родившихся живыми в 2005 г. (до введения родовых сертификатов) до 8,5 в 2008 г. (на 22,7% к уровню 2005 г.). Снижение младенческой смертности произошло во всех федеральных округах. За период январь — февраль 2009 г. показатель младенческой смертности в России составил 8,2 на 1000 родившихся живыми (82,0% к уровню за аналогичный период 2008 г.). В ходе заседания Межведомственной рабочей группы был также рассмотрен вопрос профилактики, ранней диагностики и терапии врожденных и наследственных заболеваний. В России с 2006 г. в рамках нацпроекта «Здоровье» расширен неонатальный скрининг на наследственные заболевания и дополнительно к ранее проводимому обследованию новорожденных (финансирование в рамках ФЦП «Дети России») на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз, начато обследование на адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз. По словам Широковой, в 2008 г. в медико-генетические консультации субъектов РФ поставлено 68 единиц оборудования на общую сумму 59,3 млн. рублей, 4 989 наборов расходных материалов для обеспечения обследованием новорожденных на общую сумму 289,6 млн. руб. Она подчеркнула, что впервые для обеспечения второго этапа неонатального скрининга был закуплен прибор для подтверждающей диагностики муковисцидоза у новорожденных детей, который был поставлен в медико-генетические консультации 49 субъектов РФ. По данным, приведенным директором Департамента, в 2008 г. обследовано на адреногенитальный синдром, галактоземию и муковисцидоз 1,42 млн. новорожденных детей. При всех выявленных случаях заболевания проведена уточняющая диагностика, начато лечение, пациенты взяты на диспансерный учет. «Необходимо не только продолжать развитие данного направления, но и развивать другие формы профилактики и ранней диагностики врожденных и наследственных заболеваний», — подчеркнула Широкова. «В настоящее время Минздравсоцразвития России разрабатывает комплекс мер, направленных на дальнейшее развитие профилактики и раннего выявления патологий», — отметила директор Департамента. Жаль что директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития ничего не сказала о том на что будут лечить всю выявленную патологию...

Источник: <http://www.minzdravsoc.ru>

Начало на стр. 5, 6

хеи, напротив трахеостомического отверстия в месте сопряжения изгиба трахеостомической трубки и задней стенки трахеи обнаружена кровотокающая эрозия. Вновь начаты управляемая ИВЛ, медикаментозная седация. После прекращения седации — большая вялая, сонливая, с трудом открывает глаза, дезориентирована, однократно возникли тонико-клонические судороги. Невролог обнаружил повышенный мышечный тонус в локтевых и коленных суставах, и сниженный в лучезапястных и голеностопных, сухожильные и периостальные рефлексы были высокими с рук, справа более выражены, чем слева. На компьютерной томограмме, в ликворе, на глазном дне патологии не обнаружено. На энцефалограмме — признаки пароксизмальной активности. Диагностированы постгипоксическая энцефалопатия, эпипептиформный синдром, начата противосудорожная терапия. Судороги не повторялись, восстановилось сознание, больная переведена на самостоятельное дыхание через трахеостому.

На 35-е сутки — рецидив кровотечения из эрозии на задней стенке трахеи. Произведено прижигание дефекта слизистой аргоновым лазером, удалена трахеостомическая трубка, больная переведена на дыхание через естественные дыхательные пути. Кровотечение не повторялось, трахеостомическое отверстие закрылось. При трахеоскопии, выполненной через неделю, нарушений целостности слизистой трахеи не обнаружено.

Были продолжены реабилитационные мероприятия, лечебная физкультура, массаж. После восстановления сознания и расширения двигательной активности у больной выявлен парез малоберцового нерва слева. Антибиотическая терапия была полностью прекращена на 50-е сутки пребывания больной в отделении. На 59-е сутки в удовлетворительном состоянии из реанимационного отделения больная была выписана домой с рекомендацией продолжать противосудорожную терапию.



XIV Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

1—2 октября 2009 года

Холидей Инн Сокольники, Москва

Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net E-mail: gerontology@zdrav.net.

Постоянно действующий организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении
1—2 октября 2009 года

XIV Международной научно-практической конференции.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронтологические. Сестринский процесс.
 - Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
 - Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
 - Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии.
 - Геронтофармакология.
- Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июня 2009 г.

Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2009 г.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — до 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала можно разместить ON LINE на сайте, заполнив соответствующую форму или переслать в 2 экземплярах в адрес оргкомитета с приложенной дискетой с электронным вариантом (Word для Windows). Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

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

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

и оставить заявку на бронирование номера в гостинице вы можете ONLINE, заполнив соответствующую форму на сайте или направив в адрес оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2500 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. 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 77021001

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении», «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», «Клиническая фармакология», газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

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

Адрес оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова, оргкомитет конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ». Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: gerontology@zdrav.net. Web-сайты: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич
Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна
Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

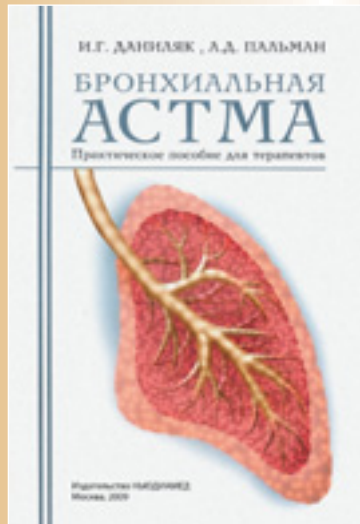
Уважаемые коллеги!

В связи с графиком работы МГНОТ в летние месяцы Вестник МГНОТ «Московский доктор» выпускаться не будет. С сентября выход газеты будет возобновлен.

Редакция Вестник МГНОТ
«Московский доктор»

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Практическое пособие для терапевтов



И.Г. Даниляк,
А.Д. Пальман
Издательство
НЬЮДИАМЕД
2008 г.

Настоящее пособие основывается на современных представлениях о бронхиальной астме, ее этиологии и патогенезе, описывает

наиболее рациональный подход к диагностике, лечению и профилактике этого серьезного заболевания.

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

Вестник МГНОТ. Тираж 8000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Голин Е.Е., Голиков А.П., Губина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синапольников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

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

ЛИГА СПЕЦОДЕЖДЫ

- более 30 моделей удобной и практичной медицинской одежды (костюмы, халаты, жакеты, брюки; размеры от 42 до 60);
- одноразовая одежда (бахилы, халаты, фартуки, перчатки, шапочки);
- постельные принадлежности;
- обувь

Бесплатная доставка по Москве!
*при заказе на сумму не менее 5 000 р.
Скидка до 30%
Закажите каталог по тел.:
957-1061, 957-1063
или на сайте:
www.liga-spec.ru

СНОВА! Как получить нашу газету? СНОВА!

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

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

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ			
Ф.И.О.	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Место работы	Должность

Контактный телефон: _____ E-mail: _____

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед

Газета высылается БЕСПЛАТНО