



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Лечение больного гриппом должно быть комплексным и направленным на те симптомы, которые есть в данный момент у больного. Оно должно складываться из нескольких элементов: этиотропная терапия, патогенетическая терапия, симптоматическая терапия. Патогенетической терапии в большинстве случаев достаточно. В первую очередь это, конечно, дезинтоксикация. Здесь можно применять что угодно. Главное, чтоб больной получал большое количество жидкости, с учетом, конечно, тех потерь, которые у него есть. Больной гриппом больше всего теряет с потом. Расскажу вам одну шутку. Когда-то вышла в Медицинской газете статья, в которой рекомендовалось применение соков и особенно чая с вишневым вареньем. Я спросил автора: «А почему с вишневым вареньем, почему не с малиновым?» А он отвечает: «Когда ешь малиновое, в зубах косточки застревают, лучше писать, что с вишневым». Питье должно быть теплым, насыщенным витаминами, в первую очередь витамином С — аскорбиновой кислотой.

В связи с тем, что есть потери солей, нужно добавлять определенное количество солей. Здесь все основные растворы, которые мы применяем обычно, и коллоидные препараты вполне уместны. Больной средней степени тяжести должен получать от 1,5 до 2 литров жидкости в сутки. И если больной не выпивает достаточное количество, то нужно дополнять это парентеральным путем.

В целом ряде случаев целесообразен аспирин: там, где температура повышается выше 39 градусов и при плохой переносимости гипертермии. Но не нужно снижать до нормальной температуры, целесообразно поддерживать температуру на уровне 37,5–38 градусов. Конечно же, пациентам с коронарной патологией необходим аспирин, несмотря на уровень температуры, дабы избежать гиперкоагуляции и внутрисосудистого свертывания крови, он показан всем пожилым больным и особенно больным сахарным диабетом. При введении растворов пожилым лучше делать форсированный диурез, добавляя фуросемид.

Больному гриппом нужно давать как можно больше фруктов, как можно больше молочно-кислых продуктов (творог, йогурты и прочее). И по возможности избегать продуктов, вызывающих метеоризм. Попытки в остром периоде гриппа максимально кормить больного не нужны: калорийность пищи должна быть даже снижена, а вот в период реконвалесценции она должна быть повышена.

В тяжелых случаях я считаю целесообразным добавлять в терапию преднизолон: 20–30 мг преднизолона однократно. Это уменьшит интоксикацию и улучшит общее состояние. Какие показания для госпитализации? Их два основных: эпидситуация (например, человек живет в общежитии), и клинические показания. Здесь сложнее. Если температура держится больше 5–6 дней, то это уже не грипп, это уже осложнения: либо пневмония, либо бронхит. И нужно решать: в поликлинических условиях менять тактику лечения, либо, если состояние тяжелое, госпитализировать. Когда мы госпитализируем, то лечение не ограничивается

Грипп, если хотите, это ассенизатор, который чистит то, что плохо лежит, плохо себя чувствует, косит тех, кто требует интенсивных, реанимационных мероприятий.

тем, что перечислено выше, ведь есть нарушение коагуляции, нарушение нервной деятельности, сердечной деятельности. Например, нарушение мозгового кровообращения идет: одна из больших дискуссий — есть ли гриппозный энцефалит или нет? Я, например, твердо стою на позиции, что гриппозного энцефалита нет: есть сосудистые нарушения мозгового кровообращения, диapedезные кровоизлияния, микрокровоотечения, они и дают полностью клиническую картину энцефалита. Морфологически нет воспалительного процесса, там отек, набухание, перфузия элементов крови.

В нашей стране ежегодно умирает от гриппа, при спокойной обстановке, где-то от 500 до 1000 человек. На самом деле больше, они не идут с диагнозом грипп, а идут с пневмонией, энцефалитом, пиелонефритом и т. д. Грипп, если хотите, это ассенизатор, который чистит то, что плохо лежит, плохо себя чувствует, косит тех, кто требует интенсивных, реанимационных мероприятий. Относительно целесообразности применения однократной дозы антибиотика. Это позиция принципно-

В нашей стране ежегодно умирает от гриппа, при спокойной обстановке, где-то от 500 до 1000 человек. На самом деле больше, они не идут с диагнозом грипп, а идут с пневмонией, энцефалитом, пиелонефритом и т. д.

## Грипп — лечить, профилактировать А куриный грипп?

В.И. Покровский

Фрагменты выступления на Пленарном заседании МГНОТ  
от 26 октября 2005 г.



В.И. Покровский

альная: если антибиотик назначил, то его надо применять, даже в том случае, когда ты абсолютно не уверен в его эффективности, все равно его надо применять несколько дней, хотя бы для того, чтоб убедиться в его неэффективности. А вот тыканье, которое, к сожалению, у нас очень распространено: давайте сегодня гентамицин дадим, на следующий день — гентамицин не действует, поменяем его на что-нибудь — это страшно для больного. Если вы назначили анти-

биотик, то вы его должны применять, если не уверены, что он нужен — то его просто не нужно назначать. Однократное назначение кроме вреда и материальных затрат ничего другого не дает.

Этиотропная терапия имеет очень важное значение, но патогенетическая все-таки стоит на первом месте, от нее, по-моему, больше толку. Сейчас существует много противовирусных препаратов. Я бы начал с самого популярного и рекламируемо-

го — ремантадина. Трехдневного лечения, как правило, бывает вполне достаточно, при условии, что препарат начали давать в самом начале заболевания. То есть, когда высока угроза заболевания, при контакте, либо когда появляются самые-самые первые симптомы. На втором месте рекламируемый арбидол, который дают в течение трех дней. Его основное действие — интерфероностимулирующее и антиоксидантное. Но это стрельба из пушки по воробьям. Особенно популярен в последнее время рибовирин, он назначается в течение 5 дней. Последнее время интерес к интерферонам немаленький снизился.

Большее значение имеет не лечение гриппа, а та профилактика, которая сейчас активно проводится. Здесь много интересных, новых соображений. Каждый год появляются новые вакцины, но все они не успевают угнаться за интерференцией вирусов. Тем не менее, на сегодня мы применяем ряд вакцин. Отечественное производство выпускает две вакцины. Это инактивированная вирусная вакцина против вирусов А и В, которая получается из аллантоисной жидкости куриных эмбрионов. Это придает препаратом недостатки, поскольку они вызывают аллергические явления. Вторая вакцина трехвалентная, Гриппол, она получается сейчас распространение, содержит полиакриламид, который сам по себе является иммуностимулятором. У нас в стране зарегистрированы и могут применяться целый ряд импортных вакцин. Эффективность у них одна и та же.

Вакцинации от гриппа подлежат в первую очередь люди группы риска: это пожилые, это страдающие сопутствующими заболеваниями. Раньше их отводили от прививок, боясь получить нежелательные эффекты. А теперь мы говорим, наоборот, что в первую очередь нужно прививать их. Своевременно проведенная вакцинация снижает заболеваемость в полтора раза. При этом нужно учитывать еще один факт: когда начинается эпидемия гриппа, вступают в действие еще целый ряд других профилактических мероприятий. Мы стараемся избегать контактов. Это и ношение масок, которое, к сожалению, у нас не приняло массового характера, а в Японии и Китае во время эпидемии 80% населения ходят в масках — здоровых, а не больных. Поэтому оценить действенность только вакцинации не всегда представляется возможным. И, тем не менее, вакцинация имеет очень большое значение: благодаря этому мы не объявляем карантин, благодаря этому мы не распускаем школы.

Теперь о животрепещущем: о птичьей гриппе. Вирус человеческого гриппа был открыт в 1934 году, вирус куриного, птичьего, утиного гриппа в 1960 году. И сейчас уже много теорий. Обычный вирус дает около 10% пораженного населения. Но вот в 1957 и 1964 годах бы-

Большее значение имеет не лечение гриппа, а та профилактика, которая сейчас активно проводится. Здесь много интересных, новых соображений. Каждый год появляются новые вакцины, но все они не успевают угнаться за интерференцией вирусов.

Вакцинации от гриппа подлежат в первую очередь люди группы риска: это пожилые, это страдающие сопутствующими заболеваниями. Раньше их отводили от прививок, боясь получить нежелательные эффекты. А теперь мы говорим, наоборот, что в первую очередь нужно прививать их.

ли большие эпидемии. Сейчас становится понятным, что тогда в геном вируса внедрились молекулы гриппа птиц и животных.

## ИнтерНьюс

**Гипертония и кардиофиброз при приеме рофекоксиба и других ингибиторов ЦОГ-2 могут быть вызваны дисбалансом простагландинов. Последнее, в свою очередь, может быть устранено при приеме аспирина**

Напомним, что рофекоксиб был отозван после того, как исследование APPROVe показало увеличение риска инфаркта миокарда и инсульта при приеме этого препарата у пациентов с колоректальным раком. Д-р Хелен Франкоис и ее коллеги (Университет Duke, Медицинский Центр Durham Veterans Affairs, Северная Каролина) предположили, что побочные эффекты ингибиторов ЦОГ-2 могут объясняться дисбалансом двух простагландинов — простаглицина I2 (вазодилататор, ингибитор агрегации тромбоцитов) и тромбксана A2 (вазоконстриктор, активатор агрегации тромбоцитов). Ингибиторы ЦОГ-2 уменьшают уровни простаглицина I2, не влияя на синтез тромбксана A2. Пока неясно, как это влияет на развитие гипертонии — самого частого осложнения терапии ингибиторами ЦОГ-2. Чтобы утонить этот вопрос, ученые наблюдали за мышами без рецепторов к простаглицину I2 (модель действия рофекоксиба). Оказалось, что у таких мышей при высокосолевой диете повышается артериальное давление, развивается гипертрофия миокарда и кардиофиброз. У животных без рецепторов к простаглицину I2 и тромбксану A2 развивалась только гипертония, без выраженной гипертрофии миокарда и кардиофиброза. Возможно, блокада рецепторов к тромбксану A2 или снижение его синтеза при приеме аспирина может защитить от сердечно-сосудистых побочных эффектов ингибиторов ЦОГ-2. При этом важно помнить о необходимости защиты желудочно-кишечного тракта, считают авторы.

**Источник:**  
Cell Met 2005; 2:201-7.

**У людей, страдающих нарушением сердечного ритма, причиной повторяющихся остановок сердца, головокружения и глубоких обмороков является гиперчувствительность кардиоингибиторного рефлекса**

Дж.Г. Грилллей и его коллеги (Отделение кардиологии, Госпиталь Южного Кливленда, Великобритания) провели это исследование с целью изучить результаты терапии, направленной на лечение хронических нарушений сердечного ритма у пожилых людей после инфаркта. Причиной головокружения и глубоких обмороков в данном случае является гиперактивация кардиоингибиторного рефлекса. Людям, у которых наблюдались нарушения ритма, головокружение и обмороки, причиной которых предположительно являлся кардиоингибиторный синусный синдром или кардиоингибиторный вазовагальный синдром.

Как показали исследования, после вживления искусственного водителя ритма у 84% пациентов обмороки и головокружения прекращаются, по меньшей мере, на 10 месяцев. Однако у 22% симптомы не меняются. Ученые предполагают, что вживление водителя ритма является эффективным способом борьбы с остановками сердца, головокружением и обмороками для людей, у которых обнаруживается гиперактивация кардиоингибиторного рефлекса.

**Источник:**  
Vertigo.ru

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

# 11

11 ноября 2005 состоялось очередное заседание Формулярного комитета. Вел заседание заместитель Председателя академик А.М. Егоров. Были обсуждены вопросы, связанные с формированием Перечня сиротских лекарственных средств, Негативного перечня лекарственных средств и медицинских технологий, Перечня жизненно необходимых лекарств и внесения изменений и дополнений в Справочник лекарственных средств Формулярного комитета. Жаркие дебаты вызвал Негативный перечень. Действительно, куда приятнее и проще формировать перечни наиболее рекомендуемых лекарств. Смущение яв-

«негативных». Секретариат предложил на обсуждение три позиции-основания для внесения лекарства в Негативный перечень: отсутствие доказанной эффективности, высокая токсичность при невысокой эффективности и наконец — нецелесообразность оплаты из бюджетных средств. Следует отметить, что общепринятых критериев для формирования негативного перечня лекарств в мире пока не существует. После обсуждения было решено остановиться на основном критерии — отсутствие доказанной эффективности. Секретариату с участием некоторых членов комитета было предложено написать



**Г.А. Мельниченко:**  
О, лекарство-сирота

## Состоялось заседание Формулярного комитета



**Что внести в негативный перечень?**

но было в глазах многих членов Формулярного комитета. Ю.Б. Белоусов, к примеру, высказал мнение, что многие популярные препараты «неврологического профиля» могут оказаться в статусе

положение о правилах формирования негативного перечня. Три комиссии — кардиологическая, гастроэнтерология и ревматологическая сделали конкретные предложения в негативный перечень.

Появились вопросы и по формированию перечня редко применяемых (сиротских) лекарств. Многие препараты не зарегистрированы на территории России именно из-за того, что они являются сиротскими. В связи с этим было принято предложение вносить в «сиротский список» препараты, отсутствующие в нашей стране, но необходимые больным. Кстати, члены Формулярного комитета отметили, что



**Председательствует академик А.М. Егоров, секретарь М. Сура**

предложения по включению ряда «сиротских» лекарств в Перечень лекарств для дополнительного лекарственного обеспечения, сделанный летом 2005 г., были приняты Минздравсоцразвитием. Было отмечено, что похожая по своим функциям на Формулярный комитет английская организация NICE также задумалась о создании перечня сиротских лекарств.

Были рассмотрены несколько предложений для включения в разряд жизненно необходимых лекарств. В частности, обсуждение одного из лекарств

для терапии остеопороза закончилось поручением Формулярного комитета ревматологической комиссии срочно разработать стандарт и протокол ведения больных с остеопорозом с тем, чтобы потом обсуждать место этого препарата в терапии больных. При отсутствии утвержденных алгоритмов может создаться ситуация, что все женщины страны с 45—50 лет будут профилактически получать препараты «от остеопороза». Для такого подхода пока нет ни клинических, ни экономических обоснований.

Перечень жизненно необходимых лекарственных средств должен формироваться для обеспечения госпитальной помощи и соответствовать «стационарным» стандартам — такова логика. В настоящее время Минздравсоцразвития с участием экспертов в том числе и Формулярного комитета разработано около 150 стандартов госпитальной помощи, 50 уже утверждено. Секретариатом комитета была произведена выборка лекарств из утвержденных стандартов и в виде дополнений они были внесены в существующий перечень, утвержденный Правительством страны в 2004 г.



**Без слов**

Эксперты комитета сразу обратили внимание на недостаточно полное представление современных, в первую очередь — резервных антибиотиков в стандартах, наличия в виде средства для наркоза эфира. Работы предполагается провести в кратчайшие сроки.



**А.А. Бунятян: анестезиологи — тоже сироты**

## СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2005 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»



Справочник Формулярного комитета включает только жизненно необходимые лекарственные средства, которые на протяжении многих лет отбирались Формулярным комитетом для Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Справочник содержит сведения о 416 лекарственных средствах.

Формулярные статьи прошли тщательную экспертизу и содержат стандартизированные по форме и содержанию сведения о применении лекарственного средства, включая правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала. Справочник обеспечивает практикующих врачей адекватными и достоверными данными по применению наиболее эффективных лекарственных средств. Справочник может быть использован для составления формуляра территории или медицинской организации. Информация по применению лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании!

Московское терапевтическое общество со дня своего появления на свет считало одной из своих важнейших задач налаживание взаимодействия между врачами различных специальностей, поскольку любому, даже очень квалифицированному терапевту обойтись без помощи и знаний своих коллег «не терапевтов» в своей повседневной деятельности невозможно. Именно поэтому в рамках терапевтического общества появились такие секции, как ангиологическая, у истоков которой стоял академик РАМН Анатолий Владимирович Покровский. На днях Анатолию Владимировичу исполняется 75 лет.

А. В. Покровский родился 21 ноября 1930 г. в г. Минске в семье двух практикующих врачей. Отец, Владимир Александрович, заведовал кафедрой акушерства и гинекологии сначала в Хабаровском, а, потом в Воронежском медицинском институте. Мать Анатолия Владимировича работала врачом-гинекологом. Пример родителей оказался заразительным: и Анатолий Владимирович начинает учиться в Воронежском медицинском институте, а затем переводится во 2-ой Московский медицинский институт им. Н.И. Пирогова. Институт он успешно заканчивает в 1953 г., проходит субординатуру в клинике академика Б.В. Петровского. Первые исследования, посвященные изучению проблемы адекватного анестезиологического обеспечения операций на сердце, проводятся А.В. Покровским на кафедре топографической анатомии и сосудистой хирургии 2-го МОЛГМИ, под руководством заведующего кафедрой профессора Иванова В.А. Это начало 50-х, в то время в СССР практически отсутствует сердечно-сосудистая хирургия как самостоятельное направление. В 1958 году Анатолий Владимирович защищает кандидатскую диссертацию на тему: «К вопросу о внутригрудной анестезии при операциях на сердце».

В 1959 г. А. В. Покровский переходит на работу в только что созданный институт грудной хирургии АМН СССР в отделение приобретенных пороков сердца. В 1961 г. институт грудной хирургии АМН СССР был реорганизован в Институт сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР, и 13 мая 1961 г. там было создано первое в стране отделение сосудистой хирургии. Его руководителем стал профессор Ю.Е. Березов. Под его руководством старший научный сотрудник А.В. Покровский впервые вплотную занялся хирургическим лечением больных с различной сосудистой патологией. В 1964 г. профессора Ю.Е. Березова избрали на должность заведующего кафедрой общей хирургии 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, а сосудистое отделение стал возглавлять 34-летний старший научный сотрудник А.В. Покровский. Он руководил этим отделением в течение 20 лет.

А.В. Покровский вместе со своими коллегами стоял у истоков создания и внедрения в клиническую практику отечественных сосудистых протезов. Клиника, руководимая А.В. Покровским, одна из первых стала изучать вопросы ангиографической диагностики заболеваний сосудов, применила искусственное кровообращение при операциях на сердце и грудной аорте (в том числе как временной замены функции левого желудочка сердца, вначале в эксперименте, а затем и в клинике), наладила лечение больных с синдромом Лериша (как следствие — разработка оригинальной, простой, а главное, удобной классификации степени ишемии нижних конечностей, которой пользуются и по сей день). Многочисленны работы по рациональной хирургической тактике при сочетанных поражениях различных артериальных бассейнов. В 1962 г. впервые в мире А.В. Покровский совместно с коллегами разработал и применил торакофренолюмботомический доступ для реконструкции торакоабдоминальной аорты и ее ветвей (зарубежные коллеги для этих же целей использовали тораколапаротомию, новый доступ был значительно менее травматичным, быстро завоевал широкую популярность среди отечественных и зарубежных хирургов и стал доступом выбора при реконструкции торакоабдоминальной аорты и ее ветвей, а за рубежом получил название «русского доступа»). Число операций с индексацией «впервые» можно перечислять на нескольких страницах. Школой А.В. Покровского было неопровержимо доказано, что только раннее выявление и активное хирургическое лечение патологии брахиоцефальных артерий (даже у бессимптомных больных) способно предотвратить развитие у пациентов тяжелого ишемического инсульта.

В 1968 г. А.В. Покровский был утвержден в звании профессора по специальности «хирургия». В 1975 г. за разработку реконструктивных операций на аорте А.В. Покровскому вместе с другими учеными была присуждена Государственная премия СССР, а в 1982 г. он был избран член-корреспондентом АМН СССР.

В ноябре 1983 г. А.В. Покровский с группой ближайших учеников и аспирантов переводится на работу в Институт хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР в качестве руководителя крупнейшего в стране отделения хирургии сосудов, а в 1986 г. избирается по конкурсу заве-

дующим кафедрой «Клинической ангиологии и сосудистой хирургии» ЦОЛИУ-врачей (ныне РМАПО). Период работы в Институте хирургии им. А.В. Вишневского можно охарактеризовать как научно обоснованную отработку и стандартизацию техники оперативных вмешательств. Именно в Институте хирургии им. А.В. Вишневского началась интенсивная разработка, апробация и широкое внедрение прогрессивных интервенционных методов лечения (транслюминальная ангиопластика, лазерная реканализация, стентирование, эндопротезирование и другие), а так же миниинвазивных вмешательств. В 1997 г. А.В. Покровский был избран действительным членом РАМН. В сферу его интересов попадает не только оперативная, но и консервативная ангиология, связанная с применением многих эффективных лекарственных средств, воздействующих на сосудистый кровоток и ишемизированные ткани.

Анатолий Владимирович лечил многих «великих». Однако главная заслуга и признание авторитета А.В. Покровского состоит в становлении и развитии отечествен-

ЛИЧНОСТЬ



А.В. Покровский

ной сосудистой хирургии мирового уровня и в создании прогрессивной школы сосудистых хирургов, работающих сейчас во всех республиках бывшего СССР, в крупных центрах России и за рубежом. За последние 20 лет на кафедре, руководимой Анатолием Владимировичем, прошло обучение более 4000 врачей (сначала из СССР, а затем преимущественно из России), ставших единомышленниками и последователями учителя. Сегодня более 30 его учеников работают профессорами и заведующими кафедрами медицинских институтов. Под руководством А.В. Покровского было защищено более 150 диссертационных работ по актуальным проблемам ангиологии и сосудистой хирургии. Практически все основные ученики А.В. Покровского сегодня создали собственные школы в различных странах СНГ, во многом продолжили и развили основные идеи своего учителя, имеют собственных учеников, фундаментальные научные труды. Его перу принадлежит более 600 научных работ по различным вопросам ангиологии и сосудистой хирургии, а так же более 20 монографий.

На сегодняшний день А.В. Покровский является Председателем Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, членом Международной ассоциации по сердечно-сосудистой хирургии, Всемирного общества по ангиологии, Почетным членом Американского общества по сосудистой хирургии, членом редколлегий многих отечественных и зарубежных научных журналов, главным редактором журнала «Ангиология и сосудистая хирургия», руководителем отделения хирургии сосудов Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, заведующим кафедрой «Клинической ангиологии и сосудистой хирургии» РМАПО МЗ РФ, лауреатом Государственных премий СССР и РФ, действительным членом РАМН.

Анатолий Владимирович, мы восхищаемся Вами и вместе с тысячами пациентов, которых Вы спасли за эти годы, желаем Вам крепкого здоровья и творческого долголетия.

Редколлегия Вестника МГНТ

ИнтерНьюс

**Хабаровскими докторами (Е.В. Слободенко, С.Ш. Сулейманов и соавт.) был проведен анализ аптечных продаж антигипертензивных препаратов по двум группам пациентов: льготной и покупающей лекарства за полную стоимость**

В результате проведения АВС-анализа были получены следующие данные: в декретированной группе больных проводимая гипотензивная терапия соответствует современным требованиям. Затраты на приобретение медикаментов в этой группе в 2 раза превышали розничный отпуск сердечно-сосудистых лекарственных средств. Основной процент льготного отпуска приходился на дорогостоящие препараты из группы ингибиторов АПФ, блокаторов медленных кальциевых каналов и диуретиков. При покупке антигипертензивных препаратов за полную стоимость также предпочтение отдавалось ингибиторам АПФ, диуретикам и блокаторам медленных кальциевых каналов. Однако в данной группе пациентов достаточно часто приобретались и препараты с недоказанной эффективностью и низким профилем безопасности.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении. № 5. 2005 г.

**Семейное положение детей, рожденных от отцов-алкоголиков, было таким же низким, как у отцов**

Д-р Е. Ф. Фуртадо и коллеги обследовали 219 детей (26 от отцов-алкоголиков и 193 — от нормальных родителей) в возрасте до 11 лет. Оценивались социодемографические данные, органические и психосоциологические факторы риска, наличие и серьезность проблем в поведении, а также наличие экспансивных и интроверсивных нарушений.

В семьях отцов-алкоголиков отмечено большое количество социально-экономических трудностей, семейных конфликтов и других многочисленных неблагоприятных событий жизни. Кроме того, у таких детей наблюдались элементы гиперактивности, начиная с двухлетнего возраста.

Таким образом, дети от отцов-алкоголиков составляют группу риска в отношении раннего начала психических нарушений и заслуживают пристального внимания в плане профилактики этих нарушений.

Источник:

Vertigo.ru

**Качество жизни женщин с низким социально-экономическим статусом в менопаузе остается высоким.**

Шнатс П.Ф. и соавт. проанализировали данные о 80 женщинах, преимущественно испанок с низким социально-экономическим статусом, обратившихся в Women's Life Center at Hartford Hospital с учетом их демографических и социально-экономических характеристик, факторов качества жизни, климактерических симптомов и депрессии. Частота приливов жара (63,8%) и потливости по ночам (55,1%) соответствовали литературным данным, однако наиболее частыми проявлениями были изменения настроения (77,9%), утомляемость (75,9%), нарушения сна (73,4%) и памяти (67,1%). Несмотря на наличие большого числа симптомов, которые могли оказать негативное влияние на качество жизни, 82,3% женщин считали, что жизнь во время менопаузы прекрасна, 73% были ею удовлетворены, а подсчитанные по шкале депрессии баллы не попадали в категорию депрессии.

Источник:

Климатикс.ру

## ИнтерНьюс

### Столетние умирают здоровыми

Этим вопросом задались специалисты из университетов Вены и Мюнхена, исследовавшие причины смерти 40 неожиданно умерших не в больницах лиц старше 100 лет (11 мужчин и 29 женщин, средний возраст  $102 \pm 2$  года), проживавших в Вене: 60% из этой группы перед смертью считались здоровыми. Острые органические заболевания были обнаружены на аутопсии в 100%: сердечно-сосудистые заболевания были причиной смерти у 68% столетних, респираторные заболевания — в 25%, поражения желудочно-кишечного тракта — в 5% и цереброваскулярные заболевания — в 2%. Кроме того, у всех столетних были выявлены другие заболевания (сердечная недостаточность, неврологические расстройства, заболевания печени, желчекаменная болезнь), которые не были непосредственной причиной смерти.

Интересно, что ни одного случая смерти от онкологических заболеваний в группе столетних зарегистрировано не было. Распределение причин смерти у исследованной группы столетних практически не отличалось (за исключением респираторных заболеваний) от такового в группе из 1886 долгожителей (старше 85 лет). Авторы считают, что их наблюдения подтверждают точку зрения, что возраста 100 лет достигают не только те индивидуумы, у которых нет тяжелых или хронических заболеваний. Факторами, способствующими достижению этого возраста, могут быть более позднее начало заболеваний или сохранение важных биологических функций, не смотря на тяжелые болезни и атрофию органов.

**Источник:**

*J. Gerontol. Med. Sci., 2005, 60A:826.*

### Не подтверждена польза содержащих рыбий жир добавок у пациентов с риском аритмий и внезапной смерти

Исследование SOFA (Study on Omega-3 Fatty Acids and Ventricular Arrhythmia), представленное на ежегодном Конгрессе Европейского Общества Кардиологов (Стокгольм, Швеция), включало 546 больных с имплантированным кардиовертером-дефибриллятором. Участники рандомизированного исследования получали рыбий жир (2 г/сут) либо плацебо в течение 12 месяцев. Оказалось, что 30% пациентов из группы вмешательства перенесли жизнеугрожающие аритмии или внезапную смерть, по сравнению с 33% в группе плацебо. Различия не были статистически достоверными. Также не было отличий между группами по времени до развития первого жизнеугрожающего нарушения ритма или смерти. Тем не менее, среди пациентов после инфаркта миокарда отмечался некоторый положительный эффект приема рыбьего жира. Частота жизнеугрожающих аритмий или смерти составила 28% среди принимавших рыбий жир и 35% среди принимавших плацебо.

По мнению ведущего исследователя, д-ра Ингеборга Броувера (Исследовательский Центр Питания, Вагенинген, Нидерланды), клиническое испытание SOFA не подтвердило протективный эффект омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в отношении жизнеугрожающих аритмий.

**Источник:**

*European Society of Cardiology Congress 2005; Stockholm, Sweden; 3—7 September.*

Начало на стр. 1

Первые вспышки птичьего гриппа были в 60-х, 70-х годах в Италии, в Канаде. В нашей стране отечественные специалисты в области птицеводства отмечают, что вспышка была и у нас. Но это всегда ограничивалось какими-то небольшими хозяйствами: обычно несколько сот, иногда тысяч голов. Мы не знаем, каким именно вирусом была вызвана та эпидемия. Не надо объяснять, что штаммы меняются. Сейчас уже совершенно точно известно, что эпидемия гриппа 1967 года была вызвана вирусом, у которого из 9 нейраминидаз 3 были от птичьего гриппа.

Сейчас эта проблема приобретает особое значение. Этим занимаются все наши вирусологи. И в первую очередь, конечно, Дмитрий Константинович Львов. Считается, что птицы являются переносчиками вирусов. Уже доказано, что грипп передается не только аспирационным путем, но и является антропонозной инфекцией. У птиц грипп передается аэрозольным, воздушно-капельным путем, выделяется с фекалиями птиц, загрязняет корма, водные пространства, происходит заражение домашней птицы. В дальнейшем возможно распространение на человека, но тут не все так понятно, как с ТОРС. Там было показано, что вот больное животное, вот проконтактировавший человек, он заболел. Там эпидемиология была ясна, поэтому противоэпидемические мероприятия дали эффект, теперь мы только вспоминаем, что была такая болезнь.

А вот с птичьим гриппом сложнее. Во-первых, должно произойти накопление генов, которые преобладают в птичьем гриппе над человеческим, требуется какая-то определенная динамика, требуются какие-то определенные процессы. Многие считают, что этот вирус должен пройти через млекопитающих и в первую очередь через свиней, как самых близких к человеку по генотипу. И сейчас очень большая опасность, что если произойдет мутация через свинью, то следует ожидать большой эпидемии у человека, вызванного этим штаммом. Поскольку нет антител против этого мутанта, этой химеры, которая создается не руками человека, а за счет естественного течения, которое происходит в жизни.

Откуда появился гепатит В, гепатит С? Это на 90% «рукотворные болезни»: где-то появилась какая-то мутация, потом мы начали ее форсированно поддерживать за счет пе-

реливания крови и т. д. и в результате вирус стал скорее человеческим. Точно такая же картина, видимо, произошла и с ВИЧ. Да есть и другие иммунодефициты, но чтоб он стал таким доминирующим у человека, нужны были соответствующие пассажи.

Какая же профилактика сейчас возможна? Первое — это уничтожение поголовья больных птиц. Все случаи, которые описаны у нас в стране, были подвергнуты обследованию на вирус путем постановки реакции ПЦР. И везде были найдены антигены этого вируса. Хуже обстоит дело с иммунологическими исследованиями. В одном из хозяйств, где был обнаружен антиген птичьего гриппа методом ПЦР, прошло 40 дней. Для эксперимента поголовье кур не было уничтожено, куры остались. Так вот через 40 дней, по данным серологического исследования, ни у одной из кур не было обнаружено антител к этому вирусу. Вот это парадокс. В чем дело, то ли ПЦР не сработала, то ли вирус был не тот. Эта проблема



А.И. Воробьев и В.И. Покровский

требует очень серьезного изучения и комплексного подхода.

Ажиотаж, который поднят сейчас СМИ, в известной степени дезориентирует в проблеме, которая является очень важной. Может возникнуть эпидемия гриппа, вызванная мутантом, химерой возникшей в природе, это вполне реально. Когда это будет? Очень трудно сказать. Но мы должны готовиться к встрече с этим вирусом. Каким образом? Сейчас проводится вакцинация контактных людей, неизвестно, какой результат она даст. Что остается делать? — ждать дальнейшего развития событий и помнить, что кроме специфических методов профилактики, о которых мы говорили, существуют и неспецифические, которые играют не меньшее значение. Зачем прививают во время эпидемии птичьего гриппа вакциной от человеческого гриппа? Пугают? Пугают, больных нужно пугать. Птичьего гриппа в человеческой популяции в России пока что нет. Вакцина от него тоже пока что на стадии испытания. А то, что творится в аптеках? Вы посмотрите, что делается с БАДами, просто ужас, какая проблема с этими БАДами, кошмар какой-то.

## ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

С превеликим интересом прочел я статью А.И. Воробьева «Научное наследие А.П. Чехова — «Остров Сахалин» в 9-ом номере вестника МГНОТ. Она мне кажется важной и своевременной.

30 лет назад, когда я закончил Военно-медицинскую академию, меня, несмотря на мои научные заслуги, отправили служить в белорусскую деревню.

Под впечатлением этого подруга из библиофилов подарила мне книгу «Сибирь и ссылка», опубликованную в 1905 г. в России на

русском (перевод с английского 1891 г.). Недавно ее опубликовали вновь в России. Книга состоит из статей, написанных Джорджем Кеннаном (Kennan G. 1845—1924) — известным американским публицистом, в 1885—1886 годах совершившим путешествие по Сибири. Это было трудно, но возможно, поскольку он дал понять русским властям, что критически относиться к распространяемым представлениям об ужасах сибирской ссылки. Поскольку путешествие по пешему пути ссыльных в Сибирь неизбежно вело Кеннана с «политическими», а изучение системы естественно привело к описанию ее безумия, жестокости и иррациональности, путешествие было прервано властями до времени. Правда, те же царские власти разрешили позднее опубликовать эту книгу на русском. Впрочем, в это время она была переведена на все большие европейские языки. Я рекомендую книгу всем, кто хотел бы увидеть родину глазами приезжего, с интересными деталями и безусловно написанную с любовью. Внучатый племянник Дж. Кеннана, тоже Джордж, был дипломатом, автором «доктрины сдерживания» коммунизма, не очень успешным дипломатом, но блестящим мыслителем, критически относившимся не только к коммунизму, но и к США, умер в этом году (<http://www.inosmi.ru/translation/218169.html>).

К написанному А.И. Воробьевым я хотел бы добавить, что в советское время подавлялась не только генетика, но и социология и криминология. Даже в юридических вузах долгое время не преподавалась эта наука о преступном поведении, его происхождении, причинах, способах модификации. Лишь в 1980-х был опубликован кастрированный иностранный учебник. Между тем, данных о способах модификации преступного поведения и предотвращения преступлений известно не столь много, как о лечении физических болезней, в мире накоплено много результатов экспериментов по испытанию вмешательств с целью предотвращения преступления. Т. е. существуют **рандомизированные контролируемые испытания эффективности вмешательств с целью предотвращения подростковых правонарушений**, совершение тяжких преступлений людьми, попавшими впервые в тюрьму за легкие пре-

ступления и проч. Существует международная научная организация, которая ставит своей задачей обобщение сведений об эффективности таких вмешательств в социальной сфере — The Campbell Collaboration ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)). Не стоит удивляться тому, что многие врачи, не чуждые чувства социальной ответственности, активно участвуют в работе этой организации. Если не заниматься этим, то наши

дети и внуки останутся объектом мучительства реформаторов от образования, применяющих придуманные ими приемчики и схемы без экспериментального испы-

тания, а подростки, пойманные на курении травки, будут отправляться на «профилактические» экскурсии в тюрьму, которые, как установлено экспериментально, УВЕЛИЧИВАЮТ вероятность совершения ими преступлений. Недавно я начал сравнительный анализ советской и русской медицинской литературы, чтобы выяснить, насколько далеко идет осмысление коллегами событий последних 100 лет. Оказалось, что все журнальные статьи, описывающие этот период, представляют его как линию позитивного развития и расцвета. Краткие упоминания о «проблемах» Большого террора и Дела врачей в статьях перестроечного периода быстро сменились историями типа советского времени, когда невинно убиенных просто не называли, дабы не портить радужную картину. Столь же урезанной выглядит и тематика исследований. Если в год шестидесятилетия Нюрнбергского процесса над врачами почти все медицинские журналы мира опубликовали соответствующие статьи, а «большие» журналы (JAMA, Lancet, BMJ) — целые номера посвятили этой истории и этим проблемам, в России ни один журнал не сделал этого и лишь Медицинская газета с опозданием напечатала резюме зарубежных публикаций. На русском языке не опубликовано ни одного исследования медицинских проблем здоровья жертв холокоста, медицинских проблем и последствий для состояния здоровья узников сталинских лагерей и лагерей для военнопленных. Медицинские работники пенитенциарных учреждений по-прежнему остаются привязанными к «исполнению наказаний». Не удивительно, что их собственные медицинские исследования причудливы. Например, защищена докторская диссертация, в основе которой испытание лечения туберкулеза впрыскиванием лекарственных средств в ткань легкого через грудную стенку безыгольным инъектором. О нюрнбергском процессе экспериментатор, естественно, не ведал... Прости их, не ведают, что творят!

С нашей стороны нужны позитивные действия, чтобы обратить врачей к социальным проблемам и к социальной ответственности.

*В. Власов*

## Ссылка и наука

Окончание (начало в № 16)

К 1912 г., учитывая опыт развития земской медицины и врачебное управление в целом, Г. Н. Рейн предложил образовать **Главное управление государственного здравоохранения**, однако нарастающие противоречия в обществе, первая мировая война не позволили осуществить данный проект.

15 июня 1918 г. I-й Всероссийский съезд медико-санитарных отделов принял решение о необходимости создания Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, который впоследствии был преобразован в Минздрав РСФСР. С образованием СССР высшим органом в системе здравоохранения выступает Минздрав СССР, который просуществовал до 1991 г.

До 1991 г. приказы Минздрава России, а также Минздрава СССР носили статус Закона, многотомный сборник приказов и писем Минздрава СССР недвусмысленно назывался «Законодательство в здравоохранении». Монополия государственной системы здравоохранения просуществовала в СССР и России до 1987 г., — начала кооперативного движения.

Необходимо выделить следующие основные ступени развития системы подготовки специалистов здравоохранения в России.

- 1581 г. — отбор иностранных врачей;
- 1654 г. — первые курсы по подготовке лекарей;
- 1667 г. — окончание русско-польской войны;
- 1700 г. — в России напечатано более 500 книг;
- 1714 г. — открытие первой библиотеки;
- 1755 г. — образование Московского университета;
- 1798 г. — в Петербурге открывается Медико-хирургическая академия;
- 1803 г. — образование медицинского департамента при Министерстве внутренних дел;
- 1918 г. — создан Народный комиссариат здравоохранения РСФСР;
- 1968 г. — введение одногодичной специализации (интернатуры);
- 1982 г. — расширение перечня специальностей в интернатуре с 6 до 21;
- 1987 г. — окончание монополии государственной системы здравоохранения;
- 1991 г. — формирование отраслевой стандартизации;
- 1992 г. — введение процедуры лицензирования и системы медицинского страхования (добровольного и обязательного);
- 1999 г. — расширение перечня специальностей при первичной специализации, издание Приказа Минздрава РФ № 337.

Отдельно необходимо выделить дату 1654 г. — первая попытка создания государственной системы подготовки

лекарей, с определением срока подготовки, равного 4—6 годам.

К 1913 г. в России было подготовлено и осуществляло деятельность 28,1 тыс. врачей и до 46 тыс. сестер милосердия.

После 1918 г. продолжается экстенсивный рост показателей здравоохранения России: врачей 155,9 тыс., а медицин-

## ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

**С.Н. Горбунов**



**С.Н. Горбунов**

ских сестер 472 тыс., при этом общее число коек к 1940 г. по сравнению с 1913 г. выросло с 207,6 тыс. до 790,9 тыс. (в 1977 г. число врачей составило более 885 тыс.).

С 1918 г. проводится преобразование системы здравоохранения, сложившейся в России, от земской и фабрично-заводской к унитарной, где объединяются все средства обеспечения медицинской помощи, а медицинские учреждения оказываются в собственности государства.

После 1928 г. начинается создание специализированных медицинских учреждений.

Окончательно государство получает в собственность объекты здравоохранения к 1940 г., а немного ранее, к середине 30-х гг., государство полностью управляет системой подготовки кадров здравоохранения.

В перечне приказов Минздрава СССР встречается упоминание о Приказе, изданном 07.04.41 г. № 146 «О назначении исполняющих обязанности профессора кафедры мединституты и институтов усовершенствования врачей». Сведения о нормативной базе системы здравоохранения России периода 1916—1936 гг. неполные, в связи с чем сформулировать объективную характеристику как функционирования системы здравоохранения, так и порядка подготовки кадров не представляется возможным.

После войны развитие здравоохранения направлено в сторону госпитальной помощи, при этом в стране развивался госпитальный тип образования — «обучение на базе».

В документах многих врачей после сведений о первичном образовании встречаются сведения о специализации, например: «**обучение по терапии на базе областной клинической больницы**». Эти сведения в настоящее время ставят в «тупик» лицензирующие органы.

Госпитальный тип отводил второстепенную роль поликлинике, число коек нарастало, и, для сравнения, в 1997 г. общее число коек составило 1657319, хотя современная политика по внедрению стационарзамещающих технологий привела к сокращению коечного фонда на 6%, тем не менее, бюджетное финансирование не в состоянии поддерживать благополучие существующей стационарной и специализированной сети.

В связи с вышесказанным очевидно, что радикальные реформы в обществе, системе здравоохранения приведут к существенному изменению системы образования в медицине. Этот процесс уже пошел в рамках реализации Болонских соглашений.

коронарные хирурги всем нуждающимся стентирование. Нет сомнения в оплате крайне дорогостоящих лекарств для радикального излечения некоторых опухолей, но продолжается дискуссия относительно целесообразности оплаты за счет государственных средств гипоплипидемических препаратов, несколько снижающих риск сердечно-сосудистой смерти. Возможно, эти деньги целесообразно направить на борьбу с курением в стране. Такими вопросами задаются менеджеры здравоохранения во всем мире. Особенно злободневны они для стран с относительно небольшой экономической здравоохранения, не имеющих «лишней копейки».

2-го декабря в Варшаве (Колледж Европы) пошла вторая встреча экспертов стран Восточной Европы (Польша, Россия, Чехия и Словакия), Турции, Бельгии, Великобритании. Россия прошла по этому пути дальше соседей — работает Форумный комитет, проводящий экспертизу, существует независимый Институт оценки медицинских технологий, имеются стандарты клинико-экономических исследований и создания позитивного перечня лекарств (жизненно важных), разрабатываются иные документы (положения по редко используемым и негативным — не рекомендуемым — технологиям). Вместе с этим очевидно, что мы находимся лишь в начале пути.



**Все внимательно слушают**

Собственная информация

## ИнтерНьюс

**Саратовские и Московские хирурги (А.И. Лобаков, М.С. Громов, Ю.И. Захаров) предприняли попытку оптимизировать хирургическую помощь пожилым больным распространенным раком желудка**

Было обследовано 212 больных в общехирургических стационарах. Основной группой считали пациентов, в диагностике и лечении которых использовали комплекс оригинальных методик, главной задачей которых является выполнение комплекса лечебно-диагностических мероприятий, направленных на раннюю локализацию и ограничение патологического процесса.

При использовании методики прогнозирования осложнений и «управляемого заболевания» не происходит достоверного уменьшения ведущих послеоперационных осложнений, таких, как несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза и панкреонекроз, однако очевидна тенденция к снижению фатальных исходов в случае развития этих осложнений за счет относительного увеличения числа локальных воспалительных процессов в брюшной полости в противовес разлитому послеоперационному перитониту.

**Источник:**

*Клиническая геронтология, 2005, № 3.*

**Британские ученые считают, что обна- ружили причину неуживчивости подростков и поняли, почему с ними невозможно договориться**

Исследователи из института здоровья детей (Лондон) пришли к выводу, что способность подростков распознавать человеческие эмоции, в частности, гнев и грусть, в возрасте от 12 до 14 лет снижается. Ученые считают, что главное открытие, сделанное во время исследования, это то, что во время, когда начинается половое созревание, приходят в упадок навыки распознавания эмоций. Это продолжается на протяжении периода, который может совпадать с перестройкой коммуникаций, важных для обработки социальных признаков этого типа. По словам доктора Кэти Лоренс, похоже, что временную нехватку способности распознавать чужие эмоции вызывают гормоны, связанные с половым созреванием, а не сам возраст или социальные обстоятельства, в которых находятся подростки. Отличия, выявленные в период полового созревания, похоже, больше связаны с уровнем половой зрелости каждого подростка, а не именно с возрастом. Ученые считают, что гормоны оказывают особенное влияние на конкретные зоны мозга, важные для распознавания выражения лица и эмоций. Таким образом, можно прийти к выводу, что ни родителей, ни детей нельзя винить в том, что подростковые годы — такие тяжелые и сложные для общения между людьми разных поколений. Из исследования британских ученых следует, что корни подростковой проблемности — биологические, а не социальные. Самое лучшее то, что все недоразумения — временны, ибо когда заканчивается период полового созревания, опять улучшается способность распознавать эмоции других людей. И здесь уже взрослым нужно набраться терпения, чтобы распознавать эмоции подростков.

**Источник:**

*Медафарм*

## ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА задумывается об оценке медицинских технологий

Одной из проблем современной медицины является выбор адекватных технологий — лекарств, медицинских процедур и т. д. Многие традиционно применяемые исследования не нужны, или используются в избыточном количестве, бездумно. К таким технологиям относятся, например, реакция Вассермана или изучение времени кровотечения, выполняемая всем направо и налево рентгеноскопия легких. С другой стороны не ясно, всем ли больным со стенокардией нужна коронарография, а если ее сделать всем, то смогут ли обеспечить



**Круглый стол**

## ИнтерНьюс

### Современные Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний переоценивают риск

Так, если применить последние Европейские рекомендации 2003 г. к норвежской популяции, то 40% женщин и 90% мужчин 50 лет окажутся в группе высокого риска. В возрасте 40 лет лишь одна из 10 женщин и никто из мужчин могут быть отнесены к группе низкого риска. В то же время известно, что норвежцы являются одной из самых здоровых наций, среди которой очень много долгожителей. В Европейских рекомендациях используется шкала системной оценки коронарного риска (SCORE), определяющая индивидуальную абсолютную вероятность развития фатального коронарного события в ближайшие 10 лет. Высокий риск подразумевает вероятность 5% и более, средний — 2—4%, низкий — не выше 1%. Д-р Линн Гетц и ее коллеги (Университетская Клиника Landspítali, Рейкьявик, Исландия) проанализировали данные 5548 норвежцев — участников исследования Nord-Trøndelag Health Study 1995—97 гг. (HUNT 2). В возрасте 40 лет 22,5% женщин и 85,9% мужчин могли быть отнесены к группе высокого риска сердечно-сосудистой патологии. К 50 годам эти показатели увеличивались до 39,5% и 88,7%, соответственно, а к возрасту 65 лет — до 84,0% и 91,6%. Подобная переоценка риска может привести к нерациональному распределению ресурсов в сфере здравоохранения, даже в Норвегии, где расходы на поддержание здоровья каждого жителя остаются одними из самых высоких в мире.

Шкала SCORE основывается на данных 70—80-х гг., а с того времени в Западной Европе частота сердечно-сосудистых заболеваний существенно снизилась. Авторы уверены, что внедрение рекомендаций в клиническую практику требует их обязательной валидации в конкретном контексте.

Источник:  
BMJ 2005; 331:551.

### Заместительная гормонотерапия нивелирует неблагоприятные изменения фигуры у женщин старшего возраста

Поэтому Чен З. и соавт. в рамках Women's Health Initiative изучали наличие положительного влияния эстроген-гестагенной заместительной гормонотерапии на возрастные изменения конституции тела у женщин в постменопаузе. Наблюдались 835 женщин, рандомизированных на группы эстроген-гестагеновой терапии (437 женщин) и плацебо (398 женщин). Средний возраст женщин составил 63,1 год, средняя длительность менопаузы — 13,8 лет. Значительных различий в исходных характеристиках композиции тела, измеренных с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, выявлено не было. Через 3 года исследования женщины из группы эстроген-гестагеновой терапии потеряли меньшее количество мягких тканей, чем женщины группы плацебо (−0,04 кг в сравнении с −0,44 кг). У женщин основной группы реже встречалось распределение жира по верхнему типу в сравнении с группой плацебо (изменения в показателе объем талии/объем бедер: −0,025 в группе эстроген-гестагеновой терапии, 0,004 в группе плацебо).

Впрочем, польза такой коррекции фигуры весьма сомнительна.

Источник:  
Климакс.ру

## ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ январь–февраль 2006 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
<b>25 января 2006 г., среда в 17.30</b> Проф. А.В. ШПЕКТОР, проф. Е.Ю. ВАСИЛЬЕВА (кафедра кардиологии МГМСУ МЗ СР РФ)	<b>Тромбоз и воспаление в кардиологии.</b> Рассматривается вопрос о взаимосвязи тромбоза и воспаления в патогенезе острого коронарного синдрома, влияние воспалительных процессов как на дестабилизацию атеросклеротических бляшек, так и на активацию тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза. Обсуждаются новые возможности медикаментозного влияния на оба эти процесса у больных острым коронарным синдромом.
<b>25 января 2006 г., среда в 18.00</b> К.м.н. Д.В. СКРЫПНИК, проф. Е.Ю. ВАСИЛЬЕВА, Е.А. ПОПОВА, проф. А.В. ШПЕКТОР (кафедра кардиологии МГМСУ МЗ СР РФ)	<b>Диастолическая дисфункция при остром инфаркте миокарда.</b> Обсуждаются методы диагностики и клиническое значение диастолической дисфункции при инфаркте миокарда, а также методы ее коррекции.
<b>9 февраля 2006 г., среда в 17.00</b>	<b>Заседание Правления и Ревизионной комиссии</b>
<b>9 февраля 2006 г., среда в 17.30</b> Проф., академик РАЕН В.М. КЛЮЖЕВ, проф. А.В. АРДАШЕВ, проф. П.В. ИПАТОВ, д.м.н. С.А. ЧЕРНОВ, к.м.н. О.Ю. ВРУБЛЕВСКИЙ, д.м.н. В.Н. ТРОЯН, В.В. КУЧЕРОВ, Н.В. КОРНЕЕВ (ГВКГ им. Н.Н. Бурденко)	<b>Современные технологии в системе организации неотложной специализированной помощи кардиологическим больным.</b> Неотложная специализированная медицинская помощь кардиологическим больным, как высшая форма неотложных лечебно-диагностических мероприятий, базируется на нозологических принципах. Такой подход требует использования современных высокоинформативных методов диагностики, привлечения в состав дежурных бригад врачей различных специальностей терапевтического, хирургического, диагностического профилей. Конечным итогом такого коллективного труда является максимальное приближение возможностей специализированных стационаров к больному, кратчайший путь выхода на диагноз, выбор оптимальной лечебной тактики в полном объеме и, как следствие, наилучшие результаты в лечении больных.
<b>9 февраля 2006 г., среда в 18.00</b> Проф. В.Н. АРДАШЕВ, проф. Н.П. ПОТЕХИН, д.м.н. С.А. ЧЕРНОВ, д.м.н. А.Н. ФУРСОВ, к.м.н. Ф. А. ОРЛОВ (ГВКГ им. Н. Н. Бурденко)	<b>Артериальная гипертензия — синдром и болезни.</b> Основываясь на опыте работы многопрофильного стационара рассматриваются особенности синдрома артериальной гипертензии при гипертонической болезни и заболеваниях, сопровождающихся повышением артериального давления, в частности, паренхиматозных заболеваниях почек при сохраненной их функции и при наличии почечной недостаточности, анализируются возможности прогнозирования осложнений артериальной гипертензии, их диагностика и лечение.
<b>Секционные заседания</b>	
<b>Секции гематологии и переливания крови:</b> в большом конференц-зале Гематологического научного центра, Новозыковский проезд, 4-а, главный корпус, 5 этаж	
<b>31 января 2006 г., вторник в 17.00</b>	Справки по тел. 212-09-25.
<b>28 февраля 2006 г., вторник в 17.00</b>	Справки по тел. 212-09-23.
<b>Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы:</b> В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО, ГКБ им. С. П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»	
<b>17 января 2006 г., вторник в 17.00</b> К.м.н. М.В. АГАЛЬЦОВ, проф. С.И. ФЕДОРОВА	<b>Синдром сонного апноэ при патологии сердечно-сосудистой системы.</b>
<b>14 февраля 2006 г., вторник в 17.00</b> Доц. И.А. ЛИБОВ, Ю.М. МОИСЕЕВА	<b>Особенности ЭКГ-диагностики у больных артериальной гипертензией.</b>
<b>Секция клинической геронтологии и гериатрии:</b> В конференц-зале МГКБ № 60, шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж	
<b>19 января 2006 г., четверг в 15.00</b> Проф. С.Р. ГИЛЯРЕВСКИЙ	<b>Изолированная систолическая гипертензия и способы ее лечения у пожилых.</b>
<b>16 февраля 2006 г., четверг в 15.00</b> Проф. Р.М. ЗАСЛАВСКАЯ, к.м.н. Э.А. ЩЕРБАНЬ	<b>Коррекция клинико-функциональных нарушений у больных стабильной стенокардией и артериальной гипертензией пожилого возраста моноциклом и мелатонином.</b>
<b>Секция нефрологии и иммунопатологии:</b> В аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
<b>19 января 2006 г., четверг в 16.30</b> 1. Академик РАМН проф. Н.А. МУХИН 2. К.м.н. И.М. БАЛКАРОВ, О.А. СОЛОВЬЕВА, Т.Н. ШОВСКАЯ	<b>1. Значение школы Е. М. Тареева для развития идей профилактики.</b> <b>2. Клиническое наблюдение: «Опыт реализации 12-летней профилактической программы у 58-летней женщины с артериальной гипертензией, метаболическим синдромом и поражением почек».</b>
<b>16 февраля 2006 г., четверг в 16.30</b> 1. К.м.н. В.В. РАМЕЕВ  2. Д.м.н. Д.Т. АБДУРАХМАНОВ  3. К.м.н. В.В. РАМЕЕВ, проф. Л.В. КОЗЛОВСКАЯ, д.м.н. Д.Т. АБДУРАХМАНОВ	<b>1. Клиническое наблюдение: «Успешное лечение вторичного АА амилоидоза, осложнившего течение локальной формы болезни Кастльмана».</b> <b>2. Клиническое наблюдение: «Трудности дифференциальной диагностики болезни Кастльмана и ассоциированного с ним амилоидоза у больной с многолетним синдромом увеличенной СОЭ».</b> <b>Комментарии:</b> <b>Современное представление об острофазовом воспалении как причине АА амилоидоза.</b> <b>3. Болезнь Кастльмана и другие синдромы гиперпродукции интерлейкина У1, роль инфекции вирусом герпеса 8 типа.</b>
<b>21 февраля 2006 г., вторник в 16.30</b> К.м.н. С.И. ПЕТРИЧЕНКО, к.м.н. В.В. ФОМИН, к.м.н. М.Л. НАНТИКЕЕВА, проф. Л.В. КОЗЛОВСКАЯ.	<b>1. Влияние профессиональных факторов на исходы артериальной гипертензии по данным эпидемиологического исследования.</b> <b>2. Современные подходы к профилактике поражения почек при артериальной гипертензии.</b>
В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.	
<b>Правление МГНОТ</b>	

АНТИРЕКЛАМА

На глазах рождается и стремительно развивается новая форма рекламы лекарственных средств и биологически активных добавок. Неоценимый вклад в становление этого направления внесло издательство ЭКСМО, издающее популярные детективы женщин-писательниц А. Марининой, Т. Устиновой, Д. Донцовой и др.

Это безобразие имеет научное название — product placement — вид рекламы, внедрение в художественное произведение (кино, мультфильм, повесть, компьютерные игры) информации об определенной торговой марке, — и активно обсуждается в Интернете (например, на сайте <http://www.gorn.ru/>).

Когда в детективах рекламируют макаронные «Макфа» или куриные полуфабрикаты «Золотой петушок», это снижает удовольствие от чтения, но хотя бы не вредит здоровью. Но когда художественное произведение претендует на функции поликлиники или аптеки — тут есть о чем задуматься.

Одновременно в нескольких книгах идет откровенная реклама А. — таблеток «для красоты», «от вен» — не лекарства, а биологически активной добавки (БАД). Однако БАДами дело не ограничивается. Героиня романа Т. Устиновой «Закон обратного волшебства» — провизор, — уговаривает покупателя приобрести новый препарат вместо **рекомендованного ему врачом** «допотопного» средства. Решающим аргументом становится то, что этот препарат покупает некая известная личность, после чего клиент сдается.



М.В. Авксентьева

Особенно активно рекламируется лекарственное средство для снижения веса К. — судя по представленной в детективах информации, безопасный способ легкого похудения. Вот только некоторые из описаний этого чудо-средства: «не препарат, а сказка!», «абсолютно волшебное средство», «другого такого нет», «вся надежда на один препарат».

Весьма образно представлено действие препарата: «Один мой приятель, боров, купил пару упаковок и в кипарис превратился».

«Скучала обед, ам таблеточку, и весь жир, который поступил в организм, — исчез! Просто и здорово!»

«Выпиваешь его с обедом или ужином — и все, жирная еда не усваивается организмом. Очень просто, эффективно и безопасно — принимаешь К. и забываешь о лишнем весе...»

«Вот наешься, а потом надо только одну таблеточку — заешь, и жир не усваивается! ...А худеешь, точно с тебя ножом срезают!»

Убедительно представлены и его преимущества по сравнению с другими возможными средствами:

«...во-первых, он изучен и проверен. Его принимают всякие знаменитости типа голливудских актеров, сама понимаешь, они себе плохого не хотят...».

И вот победа: одна героиня убедила другую! «Маша пообещала себе, что немедленно по возвращении в Москву отправиться к эндокринологу и выпишет себе К. Чтоб уж быть спокойной. Чтобы никакой десерт был не страшен. Или шашлык. Или кусок ветчины».

Все процитированное выше является прямым нарушением законодательства. Согласно статье 16, п. 2. Федерального Закона «О рекламе» № 108-ФЗ от 18 июля 1995 г. «реклама лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача, допускается... только в печатных изданиях,

предназначенных для медицинских и фармацевтических работников». Детективные романы к таковым явно не относятся, а столь откровенно рекламируемый препарат не входит в перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача.

Информация, представленная в вышеупомянутых произведениях, явно не полная, а кое в чем и ложная. Например, нигде не упомянуты вероятные побочные эффекты препарата. Оно и понятно: детектив — чтение развлекательное, а побочные эффекты К. совсем не эстетичны: метеоризм, императивные позывы на дефекацию, жирный

## «ЛЕЧЕБНОЕ» ВОЗДЕЙСТВИЕ ДЕТЕКТИВНОГО ЧТИВА

М.В. Авксентьева

кал, учащение дефекации, недержание кала, аллергические реакции.

В период лечения К. следует соблюдать сбалансированную, низкокалорийную диету, содержащую не более 30% калоража в виде жиров и обогащенную фруктами и овощами. Если препарат принимают на фоне питания, богатого жирами (67 г/сут), вероятность побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта увеличивается. В цитатах, приведенных выше, утверждается, что можно «наестся», а потом скушать таблеточку — и жир не усваивается! Ну да, он начинает выводиться наружу со всеми вытекающими в буквальном смысле слова последствиями — масса удовольствий, описанных в разделе «побочное действие».

Что мы на самом деле знаем об эффективности этого средства? В системе MEDLINE 107 рандомизированных контролируемых испытаний этого средства. Все клинические исследования выполнены с участием больных с ожирением или с ожирением и диабетом, гиперхолестеринемией и высоким риском болезней системы кровообращения.

Существует Кокрановский систематический обзор, в котором исследовалась эффективность длительной (не менее года) фармакотерапии ожирения и избыточного веса двумя лекарственными средствами. В обзор включено 11 исследований интересующего нас лекарства, все — двойные слепые, рандомизированные, включали сравнение с плацебо или другим средством для похудения. Во всех исследованиях пациенты одновременно корректировали диету. Препарат получали в целом 6021 пациент, вес которых в среднем составлял 100 кг, индекс массы тела — 35,7 кг/м<sup>2</sup>. В 6 исследованиях из 11 пациенты имели диабет или дополнительные факторы риска осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. В исследованиях отмечалась очень высокая частота выбытия пациентов: от 14 до 52% (в среднем 33%). Каков же результат? Пациенты, получавшие препарат, теряли в среднем на 2,7 кг больше, чем плацебо. Лиц, снизивших вес более чем на 10% от исходного было среди получавших препарат на 12% больше, чем среди получавших плацебо. Побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта в части случаев стали причиной отказа от лечения.

Авторы обзора пришли к заключению, что изученные средства фармакотерапии умеренно эффективно снижают вес, однако интерпретация результатов затруднена из-за высокого числа пациентов, исключенных из исследований. Для того, чтобы оценить пользу от использования подобных средств, следует провести продолжительные исследования с оценкой влияния на смертность и заболеваемость болезнями системы кровообращения. В настоящее время наиболее полезным вмешательством остается изменение стиля жизни и первичная профилактика ожирения без использования медикаментозных вмешательств.

Процитированы романы: Т. Устиновой. «Дом-фантом в приданое», «Закон обратного волшебства», «Саквояж со светлым будущим»; Д. Донцовой «Рыбка по имени Зайка», «Концерт для колобка с оркестром», «Любимые забавы папы Карло», «Старуха Кристи отдыхает».

## ИнтерНьюс

Через полтора года своего существования Минздравсоцразвития назначил главных специалистов-экспертов

Их список утвержден приказом № 488 от 29 июля 2005 года. Количество внештатных специалистов-экспертов уменьшено до 29 человек (напомним, что в стране 104 врачебные специальности, в мире — 52). А 26 ноября 2004 г. был издан приказ Минздравсоцразвития № 283 по номенклатуре главных внештатных специалистов-экспертов — их планировалось 32 человека. Не назначены, в частности, судмедэксперт и эпидемиолог. Не предусмотрен среди главных специалистов эксперт-гериатр — у нас одна проблема — педиатрия, по детству — 14 главных специалистов (хотя детей в стране едва ли 15—20% от всего населения, а стариков — пенсионеров скоро будет половина!). Не предусмотрен и главный специалист по сестринскому делу, исчез клинический фармаколог, специалисты по лучевой диагностике и лабораторному делу.

Как и раньше, нечетко определена зона ответственности главного специалиста. Указывается, что он должен составлять план работы и писать отчет, а что он должен делать — не ясно. Участвовать, вносить предложения — этим в целом исчерпывается деятельность главного специалиста. А ведь на него могла бы быть возложена, например, экспертная деятельность по всем нормативным документам в рамках компетенции. Тогда и спрашивать было бы чего. Отрадно видеть, что главные специалисты должны участвовать в разработке протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи, но механизм их участия отсутствует, — следовательно, остается благиим пожеланиями.

Главные специалисты оказались в нелегкий момент на переднем фронте реформы здравоохранения, им будет трудно работать в современных условиях, поддерживая начинания Минздравсоцразвития. Но и оппозиции от них не ждут. Перечислим некоторых главных специалистов-экспертов (все они академики РАМН): терапевт А.Г. Чучалин, хирург В.И. Савельев, инфекционист В.В. Малеев, психиатр Т.Б. Дмитриева, фтизиатр М.И. Перельман, кардиолог Р.Г. Оганов, эндокринолог И.И. Дедов, онколог В.И. Чиссов, врач общей практики И.Н. Денисов. Такое назначение является очевидным публичным признанием ведущей роли назначенных специалистов в формировании современного лица отечественного здравоохранения.

Источник:

Собственная информация

### Диеты с низким гликемическим индексом не влияют на риск ИБС

В настоящее время растущий интерес вызывает применение диет с низким гликемическим индексом при риске развития или подтвержденном диагнозе ИБС. Гликемический индекс отражает способность продуктов, содержащих углеводы, повышать уровень глюкозы в крови. Был проведен анализ 15 рандомизированных клинических исследований, ни в одном из них не было получено убедительных доказательств того, что соблюдение диет с низким гликемическим индексом снижает заболеваемость ИБС или оказывает влияние на факторы риска ИБС.

Источник:

Международный журнал медицинской практики № 4, 2005.



## ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ

2004 г.

В. В. Цурко

Издательство «Ньюдиамед»

Обсуждаются современные схемы лечения и комплексы обоснованной терапии остеоартроза с перспективой использования препаратов, модифицирующих структуру хряща, а также вопросы профилактики заболевания. Книга предназначена для врачей-терапевтов, геронтологов, ревматологов, а также для студентов старших курсов и слушателей системы ФППОВ.

## Дорогие коллеги!

Закончился 2005 год. Страна не заметила 100-летия Первой Русской Революции, 60-летия Нюрнбергского процесса. Как оказалось, коротка человеческая память.

Прошедший год был непростым для нашего молодого (нам всего год или уже год) коллектива. Непростым, но интересным, насыщенным был он: мы учились делать газету профессиональной, представляющей вашему вниманию разные точки зрения, появилось много авторских материалов, отзывы читателей. Постепенно вырос тираж и объем газеты. И вот уже 3 месяца, как мы выпускаем газету 2 раза в месяц.

Год был насыщенным и для Московского научного городского общества терапевтов: количество секций растет, регулярность заседаний сохраняется, на многих секциях аншлаг и даже не хватает мест всем желающим.

В следующем году мы приложим максимум усилий, чтоб заседания общества и газета стали еще интересней и полезней для вас. А от вас мы ждем активной поддержки, дискуссий, споров, ведь в них рождается истина! Ни одно из ваших писем не останется нерассмотренным и обязательно найдет отзыв в наших материалах. Не стесняйтесь, рассказывайте о ваших достижениях и сложностях, мы с радостью поддержим вас. И больше дискуссий, обсуждений, мнений.



*От всей души поздравляем вас с наступающим 2006 годом!  
Желаем вам и вашим близким здоровья и процветания в наступающем году!  
Пусть сбудутся ваши заветные желания и мечты.  
А если все будет хорошо у доктора, то и пациенту «докторского» тепла достанется.*

Редакция Газеты «Вестник МГНОТ»

### КОМПЬЮТЕР НА СТОЛЕ ВРАЧА

*От редакции:* в нескольких материалах нашей газеты прозвучали негативные нотки в адрес компьютеров. Действительно, вокруг этой темы есть много голосов «за» и «против». Видимо, нужно продолжить этот разговор, поговорить с профессионалами. Это будет полезно как пользователям (а врач, как правило, не «продвинутому» пользователю), так и тем, кто пока еще не умеет или не может освоить эту персональную машину.

Я была искренне удивлена, прочитав письмо Таисии Владимировны Шишковой о враче и компьютере. Удивлена тем, что глубоко уважаемый мной доктор (один из тех редких исключений: серьезный, думающий специалист, «папуший» на самой неблагодарной и тяжелой ниве — участковая терапия), оказался так близорук в данном вопросе. Попытаюсь объяснить в чем я не согласна с Т.В. Почему-то у нас в стране (а может, и не только у нас) люди все время бросаются в крайности. Появилось новое лекарство — срочно забыть про старые, появились компьютеры — забыть про пальпацию.

Мои доводы: не нужно противопоставлять клиническому мышлению достижения техники. Более того,

последние могут быть адекватно применены с достижением максимального и правдивого результата, только после того, как врач, их назначивший, проделал в голове громадный диагностический поиск и напряг свое клиническое мышление. Не нужны компьютеры? Если Вы подразумеваете под этим объявление на всех останках: компьютерная диагностика всего организма — то точно не нужны. Но с таким же успехом можно отрицать лекарства только потому, что от БАДов нет эффекта. Это ведь абсолютно разные вещи!

Итак, зачем врачу компьютер:

1. И самое важное. Доступ к информации. Практически любой, свежей, чаще всего бесплатной, на любом языке, от лучших исследователей и авторов, для специалиста любого уровня.
2. Экономия денег. Это только кажется, что компьютер стоит больших денег, а за ним тянется шлейф из оплаты за Интернет и «запчасти». А хорошие книги, атласы, газеты, журналы стоят дешево? А ведь до магазина еще нужно дойти, доехать. А на конференции ездить дешевле?
3. С коллегами ведь нужно общаться, а лучше бы и не только с местными, а по всему миру. А мнение ведущих специалистов знать по разным вопросам? И не раз



в год на конгрессе, а постоянно и регулярно. Компьютер (читай Интернет) позволяет это делать.

4. А проконсультировать непонятого пациента у специалиста, недоступного в Кузубаевке, как? Вот тут компьютер по-разному может пригодиться. Ведь можно коллеге любые данные обследований выслать, начиная с ЭКГ и заканчивая видеосъемкой хода операции. А еще есть телемедицина и многое другое.

5. А узнать стоимость лекарств и их наличие в аптеке, а узнать, где можно провести необходимое больному исследование, не посылая больного «за тридевять земель» или не ожидая месяцами ответов из центральных клиник.

6. И уж, наверно, никто не будет спорить, что нынешняя диагностическая техника на базе компьютера — это новая эра в медицине, разве что открытие пеницилина с ней сравнить можно.

7. Истории болезней и прочая медицинская документация в электронном виде? Неплохо, но без этого жить можно, а вот информационные банки донорской крови, костного мозга и т. п. без компьютера вообще существовать не могут. Вернее, могут, и именно поэтому в тех странах (читай в России), где это возможно, лица, инфицированные СПИДом, гепатитом и т. д. умудряются зарабатывать на донорстве.

И еще не один десяток доводов...

Дорогие коллеги, не отставайте, пожалуйста от прогресса, иначе Ваши пациенты разочаруются в Вас.

**P.S.** Уже даже Ватикан и Православная церковь пользуются компьютером и Интернетом.

А. Власова

### СКОРО

ИЗДАТЕЛЬСТВО «НЬЮДИАМЕД»  
ПЛАНИРУЕТ ВЫПУСТИТЬ В СВЕТ КНИГУ

Е. Е. Гогин, Г. Е. Гогин

**ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ  
И  
АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ  
СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ:  
основы патогенеза, диагностика  
и выбор лечения**

Книга предназначена врачам общей практики, терапевтам, кардиологам, гериатрам, а также студентам медицинских вузов!

Заявки можно направлять по адресу:  
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7,  
издательство «Ньюдиамед»  
E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)  
Подробности на сайтах  
[www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

### Как получить нашу газету?

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

**115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.  
Газета членам общества высылается бесплатно**

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон (095)118-7474, e-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru) [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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