



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Апрель 2007

№ 8 (49)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Зиновий Соломонович был не просто блестящим рассказчиком — он любил рассказывать в любой компании. У него было несколько десятков коротких историй — анекдотов, новелл, были даже любимые персонажи, которым приписывались различные поступки и действия. Одна из них — толстая, рыжая студентка Перчик. Уже много позже у меня закралось подозрение, что такой девушки в природе не существовало, что это был «сценический образ». Например, Зиновий Соломонович любил рассказывать, что на экзамене на вопрос: «Каким методом стерилизуют руки хирурга?» она ответила: «Кипячением».

Новеллы рождались посреди текста, не располагаящего к анекдотам. Но мысли были тесно в русле, Зиновий Соломонович все время выбивался и начинал говорить о каких-то историях, сам заразительно похохатывая. Иногда эти новеллы встраивались в лекции, при этом лицо Зиновия Соломоновича менялось, он полуприкрывал глаза, чуть-чуть вытягивал губы, создавалось впечатление вкусности — так младенец тянется в предвкушении за соской. На публикуемой фотографии запечатлен именно этот момент, — не знаю, вольно или невольно, и не знаю — кем.

Сейчас, по прошествии времени, прослушав вновь записи, понимаешь, что эти новеллы ближе к басням, в них всегда есть поучительная нота, они рассказывались «к случаю». Они очень короткие, эти «рассказы из жизни», они входили в набор Мастера педагогического ремесла — у многих курсантов, возможно, только эти новеллы и засадили в памяти.

Я пытался проверить некоторые из изложенных фактов, на что Зиновий Соломонович обижался. Он рассказывал не для того, чтобы ему верили или не верили. «Самое главное — он мне не верит. Да. Он все перепроверяет», говорит на видеопленке Баркаган, показывая на меня рукой, с саркастической доброй улыбкой. Можно ли по Пушкину проверить историю Пугачевского бунта? Думаю, нет. Не надо искать в этих рассказах правду, они хороши сами по себе, как любое качественное художественное произведение.

Нужно напомнить, что Зиновий Соломонович родился и вырос в Одессе. Это — не просто географическая точка — это место, откуда в 20–30-х годах XX века вышло огромное количество известных писателей: Бабель, Паустовский, Каверин, Катаев, И. Ильф и Е. Петров, и др. Оттуда же — и М. Жванецкий. Кстати, он с Баркаганом встретились однажды на сцене, в Доме Ученых РАН в Москве, и Зиновий Соломонович вывел формулу гениальности — в Одессе все ели много рыбы и креветок. Может быть — может быть, но Одесса действительно была средоточием мастеров сатиры, юмора, шуток сквозь слезы.

Вот истории, записанные на сохраненную А.И. Яковлевым видеопленку в самом начале XXI века.

О родителях

Отец был очень хорошим врачом. Он был, в отличие от меня, очень добрым человеком. Я такой, в общем, острый, а он был мягкий. Был великолепным учителем, его любили студенты. Он в школе преподавал до того, как кончил медицинский в 34 или в 35 лет. Потом уже дошел до профессора, но это было уже поздно. А до этого он был народным учителем, преподавал математику в школе. Я родился, когда он был на 4-м или 5-м курсе.

У него был какой-то свой педагогический подход, это чувствовалось и в институте. Я не мог этого оценить, потому что был маленький еще, но понял, когда он воспитывал моих сестер. Они младше меня, — они 37 года рождения, Таня и Оля. Тогда был юбилей смерти Пушкина, и когда встал вопрос, как близнецов назвать, решили — Татьяна и Ольга. У него был особый подход к воспитанию — он говорил, что дети любят те предметы, которые они знают. Если чуть-чуть отстали — они уже начинают ненавидеть тот предмет, который они не понимают. Поэтому он брал программу и говорил, вот через 4 урока у вас будет такая-то задача по геометрии или по алгебре, давайте разберем это с вами.

Со мной он тоже так занимался, поэтому, когда я приходил на урок, я уже знал то, что учитель рассказывал. Пока другие начинали схватывать, и не все учителя хорошо объясняли, я уже был в курсе дела. Он гово-

рил, что нужно воспитывать и обучать на опережение. Это было его твердое убеждение, он говорил, что это непедагогично, если ученик приходит и первый раз слышит, то, что он должен освоить. Потому что он иначе осваивает, если он основы уже знает. И так же он студентов воспитывал, это своеобразная система.

А с матерью он познакомился... Она ж была воспитательницей в детском доме, ее тетка была народницей, тогда шли учить крестьян, шли в народ. В Одессе, на Молдаванке был детдом, где были бездомные дети. Жулики-бандиты своих детей отдавали туда. Мать была в этом детском доме, а отец тогда был инспектором Наробраза, и он проверял этот детский дом. Вот там они с матерью и познакомились.

Бабушка мне рассказывала, что они были возмущены, когда она приходила домой после работы с грязными, ободранными детьми — ну беспризорники, — так ее заставляли где-то в прихожей снимать все белье, чтобы она не занесла вшей в квартиру.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

выдающимся ученым. Отец защитил диссертацию кандидатскую, когда только появились эти степени, в 36-м году, что ли, или в 35-м. У меня есть его кандидатская диссертация. Он защищал диссертацию, хотя тогда, когда ввели эти степени, многим их давали без защиты диссертации. А отец защищал диссертацию. Была такая реакция Буштаба, по этой реакции он что-то делал. Врач он был очень хороший, научный работник — я не знаю, видимо, не очень высокого уровня.

У него были свои взгляды, как на воспитание детей, так у него был и свой подход к больным. Во время войны он был мобилизован, а так он все время проработал на кафедре. Во время войны он был начальником какой-то санчасти, всю войну прошел. Это была не армия, а войска НКВД, пограничные войска. У них свои были санчасти. Они перемещались. Отец рассказывал, что было целое отделение, где лечились эсесовцы раненные. Их помещали в эти госпитали. Я не знаю, как тогда это называлось, скорее, войска НКВД. Это были какие-то ударные части, он говорил, что их на прорывы посылали. Особо проверенные люди.

Вернулся отец после войны в Одессу, восстановился в мединституте как демобилизованный, защитил свою докторскую диссертацию, по-моему — в 45 году.

О педологах

Мне теперь кажется, что это очень интересно, тогда я не понимал — маленький был. Сейчас уже иначе — сейчас на компьютерах тестируют. Тогда тоже тестировали, но никаких компьютеров не было. Давали какие-то задачи, и нужно было за определенное время найти правильный ход, правильное решение. Там не было уравниловки, во-первых, делили на детей менее подготовленных и более способных. Были классы одаренных детей. Эти классы делили на группы — у кого математические склонности, у кого художественные, кто рисует красиво, кто пишет хорошо — делили по склонностям, кто что любит. И дальше развивали то, к чему у ребенка какой-то дар просматривался. Я, например, биологию любил, знал, так для меня специально составили программы по биологии. Причем это не просто так, я должен был находить ответ на какую-то задачу. Например, почему бабочки ночные — они такие серые, а бабочки дневные — ярко окрашенные. Какой в этом биологический смысл. Учитель задавал такое задание. Библиотека в вашем распоряжении, все эти Бремы, Фаберже, «Жизнь насекомых» — иди, изучай. И даже опыты ставили.

Что-то самостоятельно искать — развивали это в школе с педологической системой. Не все там рассказывали, чтобы запомнил, а чтобы научился думать, научиться искать. И это было все очень здорово поставлено, на разных задачах, учитывая склонности ребенка. Это начинали рано, по-моему, в третьем классе. Так первый опыт я делал — приучал тараканов на свету кушать, жить. Мне учитель говорит — вот тараканы, ночные насекомые, — а как они при свете могут жить? Проверь. Сделал коробочку, я ее склеил, половина закрыта, там щель маленькая, а половина — лампочку поставили, освещение. Они сидят в щели, на свет не выходят. Учитель говорит, попробуй научить, чтобы они ели на свету. Я им в кормушку выкладывал крошки какие-то, они выскакивали, и тут же обратно, выскакивали, и тут же обратно. И не ели, и погибали. Учитель говорит, пусть они живут на свету, поменяй у них стереотип — ничего не получилось. Значит, это где-то в глубине в генах у них.

В общем, учили ставить опыты, какие-то исследования делать, ставить задачи. Это очень интересно, я изучал — что влияет на прорастание зерен пшеницы. Кстати — лекарственные средства, тогда уже был аспири-рин, еще что-то. Задерживают или стимулируют рост разные вещества. У меня были коробочки, я сажал эту пшеницу, в одной не было химии, в другую химию добавлял, в первой вырастали ростки сантиметром на 10, а там, где химию добавлял — вырастали маленькие. Значит, это вещество давит рост пшеницы. Это — чистой воды эксперимент. Было очень интересно, приучали думать, анализировать, в этом была педагогика, увлекали школьников. Другой что-то делал на черепахах. А те, у кого склонность к технике, математике — те



Это — новелла

Ее родители были очень зажиточные люди. У ее матери было два мужа, первый был знаменитым хирургом, он делал первую в России операцию на щитовидной железе. Профессор Зильберберг, о нем написано в учебниках по эндокринологии. Мать была педагогом, она кончила мужскую гимназию, т. е. восьмой мужской класс, и имела право учительствовать. Она преподавала несколько предметов.

Родители отца были, как отец писал — землепашцы. Его прадедушка отслужил 25 лет в армии царской кантонистом. Им разрешалось иметь землю свою. Местечко отличалось тем, что нельзя было иметь землю, поэтому они все были там ремесленниками. А кантонисты освобождались от черты оседлости и могли землю иметь. А здесь, отец говорил, и лошади были, и пахали, и зерно на экспорт возили. Куда-то в Николаев или в Херсон отвозили зерно на элеватор.

Отец кончил институт, ему предлагали ехать в земство врачом. Отцу, как Булгакову, было страшно, что ему привезут больного, а он ничего не помнит, операции не умеет делать. И он остался зауряд-врачом у знаменитого терапевта профессора Буштаба в одесском мединституте. Он был допущенный врач — т. е. работал без зарплаты, чтобы научиться, стать хорошим врачом. И он 3 или 4 года был допущенным врачом, а ночью подрабатывал где-то на скорой помощи или еще где-то. Потом он стал ординатором у Буштаба, потом — ассистентом, потом доцентом. Потом Буштаба сменил Ясиновский. Отец работал у Ясиновского, но он уже был почти на равных с ним, хотя, конечно, Ясиновский был

ИнТерНьюс

Закуска, выпивка и стресс

Снятие стресса и релаксация — вещи, которыми нужно владеть в совершенстве для того, чтобы сохранить свое физическое и психическое здоровье. Однако большинство людей привыкли бороться со стрессом нездоровыми методами: заедать его, курить сигареты и принимать алкоголь. Несколько советов, которые дает Американская ассоциация психологов, помогут пересмотреть свое отношение к способам снимать его. После напряженного трудового дня вы приходите домой и делаете бутерброд из батона с маслом. Это естественно, ваш организм просит высокоуглеводистой калорийной пищи, которая способна активизировать серотонин, который поднимает настроение и помогает расслабиться. Вместо этого вполне может помочь горячая ванна или теплый душ, который поможет расслабить мышцы и снять ощущение напряжения и усталости. Если вам все же захочется основательно перекусить, задайте себе вопрос: это происходит из-за чувства голода или от раздражения и усталости? Если вы испытываете голод, примите решение поесть осознанно, а не на «автомате». После напряженного разговора с супругом вы включаете телевизор и пытаетесь вникнуть в происходящее на экране. Может, на какое-то время вам удастся снять ощущение напряжения, однако помните, что просмотр телевизора снижает обмен веществ больше, чем во время сна. Вместо попыток просто отключиться поговорите с хорошим другом, опишите то, что вас волнует в дневнике, делайте упражнения, которые доставляют вам удовольствие. Если вам помогает снять стресс шопинг, это значит, что концентрация на покупке помогает вам поднять собственную самооценку и избежать ощущения одиночества. Само по себе это не так плохо, однако постарайтесь не принимать решений о крупных покупках в это время. Многие люди снимают стресс курением сигарет. Под действием никотина в мозгу высвобождаются эндорфины. Они являются естественными обезболивающими и поднимающими настроение гормоноподобными веществами. Однако прогулка в течение 20 минут вызывает аналогичное высвобождение эндорфинов в мозгу и такое же расслабляющее действие на организм. Гимнастика, спокойное дыхание, приятная книга помогут вам расслабиться, не причинив вреда вашему здоровью.

Источник:
medicinform.net

По экспертным оценкам, игроманов в России более 2 млн человек, что на полмиллиона больше, чем шизофреников

При этом, согласно прогнозам, через 5 лет зависимых от азартных игр станет больше минимум втрое. Опасность болезни такова, что ее признали уже на государственном уровне. В Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. Сербского создана научная группа по вопросам игровой зависимости, которая обследовала уже более 600 лудоманов, 83,3% пациентов такого рода страдали в детстве синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, а у 96% игроманов имелись родственники-алкоголики. При этом высокий интеллект, дружная семья, хорошие друзья и соседи, а также религиозность являются факторами защиты, снижающими степень риска стать лудоманом. По данным исследования, в 68% случаев лудоманией страдают мужчины. Женщины попадают в зависимость реже, но зато и вылечить их сложнее. Женщины и дети чаще играют в Интернете, мужчины же предпочитают залы игровых автоматов. Средний возраст приобщения к игре мужчин — 20 лет, женщин — 30. К «одноруким бандитам» представителей обоих полов ведут разные стимулы: женщин — попытка избежать стресса или депрессии, мужчин — поиск новых ощущений. Мужчины предпочитают стратегические игры, женщины же любят «бинго» и игровые автоматы. Чтобы впасть в серьезную зависимость от азартных игр, мужчине требуется шесть лет, женщинам — всего один год. Зависимые от игр мужчины, в отличие от женщин, чаще становятся алкоголиками и наркоманами. С мужчинами-игроками в большинстве случаев разводятся, а вот женщин-лудоманок мужья терпят почти всегда.

Источник:
www.interfax-religion.ru

Начало на стр. 1 ➤

конструировали, самые необычные конструкции делали. Учились в одном классе — были общие классные занятия, а потом по группам в кабинетах, по интересам по 5—6 человек, по 4. Каждый за своим столиком делал то, что ему положено.

Из нашего класса вышли многие очень интересные люди. Компьютеров не было, теперь это все можно было бы быстро проверить на компьютерах. Но что самое интересное — руководил этой школой какой-то профессор, который кончал где-то в Швейцарии. Педология, как наука, по-моему, родилась где-то в Швейцарии — точно я не знаю, проверить нужно по энциклопедии. Он приехал, открыл такую школу, и развивали там детей очень интересно. А те дети, которые отсталие — они тоже по программе шли, чтобы их подтянуть к хорошему уровню. И подтягивали. Я помню, у нас были такие братья Грановские, бандиты, черт знает что, они говорили — у них есть инициатива. Они раз школу подожгли, еще что-то такое, но педагоги говорили — у них есть способности, надо использовать эти способности. Вышли нормальные люди.

О Мишке Япончике

Тот детский дом, где мать работала, был на Молдаванке, это такой район города, где беднота и менингит. Год, наверное, 20-й. Мой отец ходил к Мишке Япончику, одному из одесских бандитов. К тому Япончику, которого Котовский убил. Потому что ограбили детский дом. Детский дом получал какую-то помощь от международных организаций. Там Ары, еще какие-то разные, не только еврейские. Голод же был в России в 20-е годы, международные организации присылали для детей одежду, еще что-то, муку, продукты питания. Во дворе этого детского дома вывесили белье сушить детское. И простыни и одежду. Все укрывали. А тогда это была катастрофа, отец говорил, что это просто на вымирание. И он пошел к этому главе одесских бандитов. С трудом добрался до него — не пускали. Пришел к этому знаменитому Мишке Япончику. Это исторический факт.

И он ему сказал: «Как же так, тут и ваши дети, не во что одеть, зима идет...»

Япончик сказал: «Это не мои люди, это очевидно со слободки, эти бандиты. Мы детей не грабим и, кроме того, — дешежку не берем. Но вы не волнуйтесь, мы поможем вам».

И после этого — отец рассказывал, и мать рассказывала — стук в ворота, а там такие старинные деревянные зеленые ворота, как мы видели во дворце, стук и фуры въезжают, запряженные лошадыми-битюгами, и начали выгружать. Выгружали женские шубы, платья роскошные, выгружали рояли. Все, что они где-то грабили, они выгружали.

Отец стал говорить: «Нам это все не нужно, нам детское нужно».

«Вы что, не соображаете? Вынесите, продайте ненужное на рынке, и купите для детей. Мы не можем отдельно детское собирать для вас.»

Вот такая история. Таким образом детский дом был спасен.

Это было до Котовского. Одно время Мишка Япончик и Котовский с белогвардейцами воевали вместе. Одесские бандиты — это большая вооруженная группа, и они одно время совместно боролись. Там были и интервенты — они боролись вместе. А потом они разделились, их пути разошлись. Котовский взял всю банду Япончика якобы на операцию, завели ее всю куда-то в район Умани. Там пулеметы были кругом, и всю банду Мишки Япончика расстреляли, уничтожили. Это даже в каком-то фильме было, как банда Мишки Япончика на каретах, на лошадях ездят. В фильме все это в другом стиле.

Об эвакуации из Одессы

Я же вез диссертацию отца в эвакуацию. Мне было 15 лет, я помню 2 чемодана с бумагами, неподъемные. Это был один из последних эшелонов, который успел уйти из Одессы, Одесса потом окружена была. Мы успели эвакуироваться едва ли не последние. Остальные уже шли пешком на Николаев, а потом и эту дорогу перерезали.

Это был поезд, где были семьи работников НКВД. Отец нас погрузил, сказал — береги девочек — Тане и Оле было тогда что-то по 3 года, 37 года рождения — значит по 4 года. И вот эти чемоданы береги с моими бумагами, потому что это плод большого труда. Ну, в общем, поехали, эшелон обстреливали, дырки были в теплушках, их затыкали тряпками. Мать была с нами.

Самое страшное, когда нас переправляли через Днепр. Все мосты уже были разбомбленные, нас везли на понтонах. Поезд шел по понтонному мосту медленнее, чем шагом. Еле двигался. Все ожидали, провалится он под воду или нет, бомбардировщики отбомбят его или нет. Это было в районе Мариуполя, примерно в конце августа.

В общем, везло, конечно. Голодно было. На Украине не продавали уже ничего, говорили — советские деньги не берем. Единственное — выменивали, у кого кольцо обручальное было, выменивали на картошку, на хлеб.

Не сразу поехали в Среднюю Азию. Выгрузили вначале в Сталинграде, потому что поезд весь побит был. Выгрузили над обрывом, это на окраине было, нас расселили по хатам. Потом дали какой-то пароходик и на нем всех, кто был в этом поезде, повезли в Астрахань. А из Астрахани поездом в Казахстан через Челябинск. В общем, это путешествие длилось 2 или 3 месяца. Потом разделили на 2 части — одна в Новосибирск пошла, другая — в Казахстан. По желанию. Мы выбрали Казахстан — там теплее. Только поэтому.

Об Алма-Ате

Приехали в Алма-Ату. Поступил в алма-атинский медицинский институт. Так в 41 году началось мое медицинское образование. Приняли, поместили в общежитие — в спортзал. Расставили койки в спортзале. Первый год там жило что-то 80 человек или 60 в одном помещении. Мать с детьми жила отдельно. В алма-атинском медицинском институте была изумительная профессура. В эвакуации были с Украины киевский, одесский, харьковский и донецкий даже институты медицинские. У нас анатомию преподавал зав. кафедрой донецкого института. Из Москвы очень много было профессоров. Физиологию у нас вела Лина Штерн, академик, которая гематознцфалический барьер открыла, которую Ленин привез из Швейцарии, пригласил. Полосухин был. На каждой кафедре было по 5—6, 8 профессоров, потому что всех эвакуированных надо было устраивать на работу. То есть ассистентами работали профессора. Преподавал нам Верещагин. Был учебник Верещагина и Зернова по физиологии.

О члене царствующей фамилии

Этот Зернов — он из Кишинева, и нужно было во время войны вступать в партию — патриотизм. И он вступил, его приняли как известного ученого на собрании партийном. А потом из ЦК партии, куда бумаги его пошли, пришло письмо, что его нельзя выбрать в партию. Шум был, старый профессор, один из старейших, вступил в партию, патристический акт. Его не утвердили в партии. И формулировка была очень интересная: в ВКПб нет членов царствующей фамилии.

Его перестали сразу в президиумы сажать, старичка. Оказывается, его брат был каким-то гвардейским офицером, их гвардейский корпус был где-то во Франции — там же была русская армия во время первой мировой войны. Они там остались, он, видно, был очень интересный, симпатичный, и великая герцогиня Люксембургская вышла за него замуж. И он стал членом царствующей фамилии.

Интересно, что в архивах ЦК партии было известно, что русский, что офицер, и всю родню, соответственно, высле-



Что-то у вас, друзья, заискрило

дили, в том числе и профессора Зернова. И такой шум был, весь институт на ушах стоял, что профессора Зернова не утвердили членом партии. Он, может быть, и знал о брате, но тогда было не принято говорить, что из белых офицеров, что из дворян, что брат в эмиграции где-то.

О холоде и голоде

В кружки ходили, много занимались. Интересно, когда плохо жили — больше занимались. В общежитии тоскливо, света нет — электричество отключали, на военные заводы давали только. Иногда так на час-два включали. Холод собачий, батареи холодные, в Алма-Ате два года подряд морозы были минус 20—25. Мерзли, накрывались какими-то матрацами старыми, потому что одеяла рваные не согревали. И ходили еще учиться. Я еще в институт журналистики ходил, и в кружки ходили. Интересы были, и деваться некуда было. И голодали к тому же.

Мы делали какие-то самодельные спиральки, чай кипятили. Кипятки был — уже было лучше, согреться можно было. Вообще донимал холод.

Мать с детьми жили в Чимкенте, там тоже бедствовали, конечно. Мама работала то ли в ЖКО, то ли еще что-то было, то ли бухгалтером, то ли счетоводом. Надо же было карточку иметь рабочую. Отец помогал, но очень мало. Один раз прислал мне сапоги — кто-то ехал из их сотрудников в Алма-Ату, и он прислал с ним. Хорошие офицерские сапоги. И, я как сейчас помню, 2 бутылки жира. Это топлёное сало коровье. Мы потом никак не могли извлечь его из бутылки. Оно нагревается плохо, кроме того, не было тепла, электричества. Выковыривали какими-то палочками. Это отвратительная еда, ужасно неприятный запах, но тогда мы мазали на мокрый хлеб — и такое удовольствие. Тогда нам это казалось деликатесом. Где это растапливали — я не знаю.

Но больше меня донимал холод, видимо, потому, что я южанин. Поэтому я часто в госпитале ночевал: раненых переносили ночью, я там оставался ночевать. Запрещалось днем носить раненых по улицам города. Транспорта не было, мы с вокзала в госпиталь — там три квартала — несли на носилках. Как приходил эшелон — и всю ночь. Студенты нанимались. То ли моторов не было, то ли не хотели шум поднимать в городе, в общем, это было такое секретное дело — мы переносили раненых на носилках. И за это нам давали перловой каши тарелку. Как ночью несколько ходок сделаешь, там от раненых в котле оставалось что-то, и нам

Продолжение на стр. 3 ➤

Начало на стр. 1, 2 ➤

давали по половнику перловой каши. Кроме того, некоторым разрешали переночевать в госпитале, чтобы ночью на морозе не идти в общежитие — далеко. Я несколько раз спал в электрокардиографическом кабинете на кушетке. В госпитале — тепло.

Группы — тоже по ночам вывозили. Не было никаких похорон, никаких венков, никаких траурных маршей, все это тихо-тихо. Тихо захоронили где-то за городом. Чтобы население не впадало в депрессию.

О военном деле

На фронт брали. Во-первых, всех окончивших, со старших курсов. Мы учились по военной программе — 3,5—4 года. Как лучше на фронте становилось — увеличивали на один семестр, как хуже становилось — уменьшали на 1 семестр. Мы все предметы проходили по семестру — анатомия — 3 месяца, гистология — 3 месяца, физиология — 3 месяца. Я же за 4 года кончил институт.

Еще был всеобуч — военная подготовка. В 6 часов подъем в общежитии, одевались, на голодный желудок, в мороз — на плац. Ипподром там был когда-то. И нас офицеры гоняли, и окапывались, и танки на нас ездили. Между прочим, готовили нас панфиловцы из знаменитой дивизии Панфилова, которая Москву отстояла. Гвардейцы. Эта дивизия формировалась в Алма-Ате и во Фрунзе. Она формировалась в 41, а потом они еще добирала. Он приезжал — генерал Панфилов, я его видел, он на учения даже ходил.

Панфилов погиб в 41 в декабре. Какая заслуга Панфилова? Я не знаю, кто-то писал об этом или нет. Он старый офицер еще из царской армии, пожилой был уже — по нашим понятиям, мальчишек. Он то ли прапорщиком был в царской армии, то ли другой какой чин имел. И вот он быстро сообразил, что главная сила немецкой армии — это немецкие танки. Эти клинья, прорывы. И он учил солдат, и офицеры учили нас не бояться танков. Побежишь — убьют. Лежи, пусть он над тобой проедет, ямку себе сделай и лежи. Потом, вслед ему, бросали бутылки с зажигательной смесью.

И вот нас укладывали эти офицеры панфиловские, и где-то они взяли 1 или 2 танка, эти танки на тебя ехали, и нужно было не бояться, что эти танки на тебя наезжают, эта громада железная. И мы раз пять—шесть утром лежали под танками. Страшно...

О танках Т-34

А эту историю я знаю понаслышке. Дело в том, что моторы к знаменитым Т-34 делались в Барнауле, туда был эвакуирован Харьковский танковый завод. Корпуса делали на Урале, а моторы — на Алтае. У конструкторов этого завода было одно задание — чтобы танки были лучше немецких. Названия у этого танка не было еще. Все было уже расписано, они конструировали, конструировали бензиновый двигатель, но там не было какой-то форсунки, металла какого-то и поэтому они все никак не могли это сделать. И тогда руководитель конструкторского бюро предложил поставить дизельный мотор. Но это был отход от приказа. Был срок, чтобы немедленно танки начали выпускать. Они начали делать на дизельных двигателях, нарушив технологию предписанную.

Тотчас вмешались соответствующие органы, и руководитель КБ чуть ли не был приговорен к высшей мере наказания. А потом выяснилось, что танки на дизеле лучше — они не горят. На бензине — чуть попадает снаряд — они вспыхивают, а дизельный так не загорался. А у немцев были двигатели бензиновые и они хорошо горели. Учитывая, что броня у них тоже была поменьше, наши танки стали лучше немецких, потому что на них были другие двигатели.

Дальше рассказывали так, что маршал, командующий бронетанковыми войсками, доложил Сталину, что оказывается, эти танки на дизелях гораздо лучше, безопаснее и так далее. К счастью, не успели этого конструктора еще расстрелять за нарушение технологии. А потом он чуть ли не стал Героем Соцтруда. Но у них было безвыходное положение. Вот как иногда ошибки приводят к положительному результату.

О Литинституте

Это был вечерний институт. Я единственно терпеть не мог идти в свое общежитие, где холодно и голодно. А там, в литературном, — это московский факультет журналистики — там топили все-таки, электричество горело. В литературном институте нам лекции читал Алексей Толстой. Потом Симонов с фронта приехал, несколько лекций прочитал. Там были крупные литературоведы. И очень здорово на первом курсе давали греческую мифологию, классическую литературу — Гомер, Вергилий, басни Эзопа, и чем они отличались от басен Крылова и Лафонтена. Сюжеты вроде схожие, но совершенно разные национальные черты. Поэтому нельзя считать, что Крылов у Лафонтена или Эзопа что-то украл. И объясняли, в чем оттенки. Это вообще интересная вещь — литература.

Премия за самый короткий рассказ: новеллист О. Генри получил премию за самый короткий рассказ. Была такая номинация, как теперь говорят. Рассказ был всего из 2-х фраз. Он написал: «У открытого бензобака автомобиля стояли мо-

лоджены и курили. Покойным было по 25 лет». Все сказано. Это нам в литературном институте приводили как пример лаконичности и создания образа.

О начале трудового пути

Закончил институт я в марте 44, или 45. Нас выпускали каждые полгода. Так не было — кончается учебный год и — выпуск, нет, каждые полгода.

А тем, кто кончал при румынах одесский мединститут — вот им не знали, засчитывать врачебный диплом или не засчитывать. Одесский институт единственный, который работал в оккупации. Потом очень мудро решили, что поскольку они не сдавали историю партии, марксизм-ленинизм и еще что-то, чтоб они досдали эти предметы и тогда им засчитают.

Я сразу попал к Ясиновскому, терапия мне и в студенческие годы нравилась. Как-то к хирургии... Я, наверное, чувствовал, что из меня хирурга хорошего не получится. У Ясиновского военным врачом я проработал всего несколько месяцев. Два или три месяца, что-то вот так.

Из нашего выпуска есть известные люди, например, академик Жора Кржижановский, мы с ним в одном общежитии жили. Еще один академиком стал — Колесников. Он анатом, где-то тут в Москве работает. Были выдающиеся люди, несмотря на то, что учились 4 года. Те, что старше на курс два — там подавляющее большинство погибло. Они попали на фронт, и очень много погибло. Наши еще успели повоевать в Японии. Кого брали на Дальний Восток — они считаются участниками войны. Они 2 месяца были в этой войне с Японией, — наши же сразу начали войну с Японией после победы. Я не участник войны, там надо было быть на передовой и больше 3-х месяцев, а у меня меньше. Потом это лазарет был, это же флот, там иначе засчитывали.

Об Иде Михайловне

С женой — Идой Михайловной — мы познакомились в институте, она жила в женском общежитии, я — в мужском. Мы там познакомились, но у меня была другая девушка. Она была из Ленинграда. Как сокурсники мы были просто знакомы, а потом мы поехали на практику в Чимкент и там в областной больнице проходили вместе практику, дежурили, и там уже началась любовь. Я свою девочку, которая осталась, забыл, и началась любовь.

Она у меня оперировала, она по хирургии проходила практику, а я по терапии. Потом она стала педиатром. Но кончили мы один факультет — лечебный. А потом они должны были вернуться — она же блокадница — в Ленинград, но я ее увез в Одессу. Вот она, бедная, больше в Ленинград не вернулась. Потом я ее начал таскать в Таджикистан, в Сибирь, так что она у меня как жена-декабристка. В Ленинграде у нее остались мать, отец, сестра, вся родня. Так что это был героический поступок.

Ничего хорошего она со мной не видела. Она почему-то очень уверовала в меня, она верила, что я очень талантлив, создавала мне все условия: когда я занимался, дети выгонялись, чтобы отца не отвлекать. Тащила на себе тяжести с базара, корзины, ни разу не сказала мне — помоги мне принести. У нас же машины не было тогда. Ну, в общем, я теперь думаю так ретроспективно, что она на себе очень много неслала. И безропотно.

Единственно, она сначала очень сопротивлялась, когда змеи жили в доме и пауки. И то, пожалуй, не из пренебрежения,



В поле зрения — неизвестный паук

а чтоб детей не покусали, это ведь ядовитые животные. Но когда каракуртики родились — там из каждого кокона по 200—300 штук, так тут у нее ее педиатрическая душа проснулась, и она мне каждое утро стала говорить — ты кормил паучков, ты кормил паучков. Они такие, как головка булавки, причем с таким перламутровым отливом. Они такие красивые. Пролезли у нас через марлю и потом на потолке выросли, на люстре. Смертельно опасны только самки, они должны достичь половой зрелости. Самцы безвредны. Но самки и самцов съедают. Он ее оплодотворил, и тут же она его хватает и съедает, чтоб добро не пропадало. Правда, они убегают. Самец бегом из гнезда, она его ловит, он мелкий, она — крупная. Это вообще интересный процесс: самец сначала старается оплести своей паутинкой ей лапы, перед совокуплением. Но у него паутинки слабые, она все лапами разорвет и на него бросается. И чаще всего удается им съесть партнера. Вообще жизнь пауков очень интересная, я их столько вылавливал... Там есть такое ущелье — Варзобское, где их много было, так после моей диссертации там уже не осталось каракуров. Всех выловил.

Вот такие рассказы. Еще осталось часа 2—3 записей, а сколько — ушло. Зиновий Соломонович сам не любил писать, тем более — историю. У нас как-то зашел про это разговор, и он сказал, что историю науки пишут те, кому больше писать в науке не о чем. Хлестко. Но мы забываем свои корни, становимся «Иванами, родства не помнящими», ничему не учимся. Жаль. Жаль, что не оставил он больше, ведь знал он многих выдающихся деятелей, эпохи бурного развития медицины первой половины XX века, о которых теперь уже некому рассказать...

П. Воробьев

ИнТерНьюс

Каждый десятый житель Испании страдает патологической страстью делать ненужные покупки, которая со временем может развиться в психическое заболевание

Профессор Гранадского университета д-р Ф. Лопес считает, что страсть делать покупки вполне сопоставима с пристрастием к алкоголю и наркотикам, и может иметь крайне негативные последствия для психического здоровья. Страсть делать покупки, особо проявляющаяся в рождественские дни, свойственна мужчинам, неудовлетворенным своей профессиональной карьерой, материальным положением или отношениями в семье. Что касается женщин, то этой страстью склонны обладать те из них, кто не удовлетворен своей внешностью и вниманием со стороны мужчин и родственников. По словам психиатра, люди, страдающие манией делать покупки, пытаются скрыть свою слабость от окружающих и часто заявляют, что покупают вещи для подарка знакомым, а затем оставляют их себе, спрятав от семьи. При этом мужчины приобретают в основном электроприборы, спортивные принадлежности и различные дополнительные устройства для автомобиля, а женщины — ювелирные украшения, одежду, косметику или пищевые продукты. После приобретения ненужных вещей люди, страдающие этой манией, обычно испытывают чувство раскаяния и стыда, тем более что, как правило, доходы не позволяют им делать подобные траты. Д-р Лопес также рекомендовала людям, страдающим этой вредной привычкой, обращаться к врачам-специалистам. Между тем в России некоторые магазины переходили на круглосуточную работу в праздничные дни, чтобы утолить потребительский голод жителей и гостей города. В Великобритании желающие «отхватить» товары по ценам, сниженным на 30, 50 и даже 75%, уже с ночи выстраивались в огромные очереди перед входами. В Америке, по данным ассоциации психологов, выяснено, что 44% представительниц слабого пола страдают от стрессов, вызванных праздничной суетой. Сильная половина человечества оказалась немного устойчивей: доля впадших в депрессию респондентов среди мужчин составила 31%. Американская интеллигенция, похоже, озадачена тем, во что вылился этот светлый духовный праздник, который раньше ассоциировался с тайной бытия, тихим вечером в кругу семьи при свечах и молитвах. «Битва за Рождество» — книга с таким символическим названием появилась на прилавках Нью-Йорка в конце декабря 2006 г. как протест против коммерциализации духовного праздника.

Источник:

Epoch Times International

Лечить ли инфаркт тромболитиками

Д-рами В. Баяевым и Г. Субраковым проанализирована эффективность и стоимость лечения больных острым инфарктом миокарда при применении различных методов терапии: тромболитическая терапия препаратами актилизе и стрептокиназы и без тромболитизиса («типичная практика»). При проведении клинико-экономического анализа наилучшие результаты получены в группе стрептокиназы, а разница с группой актилизе становится меньше, что делает применение этого дорогостоящего препарата экономически приемлемым.

Источник:

Клиническая геронтология, 2006, № 10

29–30 января 2007 г. в Москве стартовала новая программа по диагностике и лечению болезни фон Виллебранда. Как? Вы ничего не знаете про эту болезнь? Между прочим, она носит имя совсем не бывшего канцлера ФРГ, а нашего соотечественника, родившегося и работавшего в Финляндии (а тогда — Российской империи) в конце XIX по начало XX века — профессора Эрика Адольфа фон Виллебранда.

Кто ты, доктор Виллебранд? Он родился 1 февраля 1870 г. в портовом городке Вааса (Vaasa) на берегу Ботнического залива (западная Финляндия). Его отец — районный инженер Фредрик Магнус фон Виллебранд, мать — Сигне Эстлан. Надо сказать, что биографические данные о Э.А. фон Виллебранде скудны, и уж во всяком случае, нигде не написано, что он — русский.

Вместе с тем в ряде публикаций в Интернете находим информацию, что бароны фон Виллебранды — известный российский дворянский род. Например, встречаем фамилию фон Виллебранд в связи с не менее известной в нашей стране фамилией Маннергейм. Один из представителей этого рода, Карл Густав, родился 8 августа 1797 г. Его отец — Карл Эрик Маннергейм (1759–1837), мать — Вендла София фон Виллебранд (1779–1863). Карл Густав был членом Финского комитета в Санкт-Петербурге, секретарем императорской канцелярии и государственного секретариата Финляндии. Кавалер ордена Святого Владимира четвертого класса, губернатор Выборга. Его дочь София Августа, родившаяся 10 августа 1833 г. в Вааса (там же, где и через 40 лет Эрик Адольф), была 16 лет фрейлиной при императрице Александре Федоровне — супруге Николая I.

Рок семьи Виллебрандов. Вот довольно известная история: Александр Алексеевич Муханов родился в Москве в 1802 году. В службу вступил в лейб-гвардии Измайловский полк подрапорщиком, в 1822 г. назначен адъютантом к командиру отдельного Финляндского корпуса генерал-адъютанту Закревскому. Воевал в Яссах, Браилове, под Варной, Турно и других сражениях во время Балканской кампании. А.А. Муханов был приятелем А.С. Пушкина, они встречались, когда Пушкин был в Москве: «Я часто выдаю Александра Пушкина: он бесподобен, когда не напускает на себя дури». Муханов был первым слушателем стихотворения А.С. Пушкина «Памятник». В 1827 г. Муханов писал брату Николаю: «Александр Пушкин, отправляющийся нынче в ночь, доставит тебе это письмо. Постарайся с ним сблизиться; нельзя довольно оценить наслаждение быть с ним часто вместе, размышляя о впечатлениях, которые возбуждаются в нас его необычайными дарованиями. Он стократ занимательнее в мужском обществе, нежели в женском...»

После отъезда Александра Сергеевича в Петербург и до самой смерти Александра Алексеевича они больше не виделись. В «Сыне Отечества» за 1825 г. А.А. Муханов поместил под псевдонимом свои замечания на книгу, под заглавием «Отрывки г-жи Сталь о Финляндии с замечаниями». В ответ на это А.С. Пушкин напечатал в «Московском Телеграфе» заметку под заглавием «О г-же Сталь и г. А. М-ве». Вот фрагмент переписки по этому поводу Пушкина с князем П.А. Вяземским: «За твоей статьей следует моя о M-me de Staël. Но не разглашай этого: тут есть одно Великодушное поставленное, во-первых, ради Цензуры, а во-вторых для вящего анонима» — писал Пушкин. Князь Вяземский отвечал: «Ты Статью отдал моего приятеля, а может быть и своего, Александра Муханова... Да поделом, хоть мне его и жаль». Пушкин на это писал из Михайловского: «Жалею, что о Staël писал Муханов..., он мой приятель и я бы не тронул его, а все же он виноват, M-d Staël наша — не тронь ея. — Впрочем, я пощадил его».

Но при чем тут фон Виллебранды. А вот при чем: А.А. Муханов был женихом фрейлины баронессы Авроры Карловны Шернваль фон Валлен, дочери Выборгского губернатора барона Карла Иоганна Шернваля, женатого на Еве Евстафьевне Виллебранд. Всех обожателей Авроры Карловны преследовал смертель-

ный рок. «Роковая Аврора» — прозвище петербургской красавицы, женитба на которой не предвещала ничего хорошего. Первый ее жених умер при трагических обстоятельствах за несколько дней до свадьбы.

Второй жертвой рока стал полковник А.А. Муханов. Он предложил юной Авроре руку и сердце. Была назначена свадьба, но накануне торжества А.А. Муханов заболел и скончался. Через 2 года после этого

Ждите с фон Виллебрандом готовсь!

П. Воробьев



Эрик Адольф фон Виллебранд

красавицу покорил почетный член Петербургской академии наук П.Н. Демидов. Свадьба состоялась. Но недолго длилось счастье: вскоре Аврора овдовела. Еще через шесть лет Аврора Карловна сделала еще одну попытку устроить свою семейную жизнь — вышла замуж за полковника конной артиллерии А.Н. Карамзина — сына известного историка. Но злой рок, преследующий эту очаровательную женщину, был беспощаден: во время турецкой кампании полковник Карамзин был изрублен неприятельскими саблями... Покорившись судьбе, последние 48 лет Аврора Карловна прожила вдовой, хотя до самой

смерти сохраняла красоту и обаяние.

Но и после смерти в 1902 г. ее имя оставалось роковым: поэт Г. Маслов решил написать поэму «Аврора», посвященную Шернваль. «И на смерть роком обречен поцеловавший эти губы», — писал он. Работая над поэмой, Маслов заболел, и умер, до последней минуты шлифуя строки этих стихов. Согласно утвердившейся легенде, рок преследовал обожателей Авроры лишь потому, что ее мать, урожденная фон Виллебранд, как-то в минуту гнева прокляла всех мужчин, которые посмеют влюбиться в ее дочь.

Но вернемся к нашему герою, открывшему болезнь собственного имени. Учился будущий профессор в медицинском университете, получил степень бакалавра в 1888 году и поступил в Университет в Хельсинки. После окончания Университета в 1894 и 1895 гг. работал врачом в г. Мариегам (центр Аландских островов, Финляндия). В 1889 году, получив квалификацию врача, написал научную работу по изменениям в кровотворной системе после значительных кровотечений. Он был специалистом в области гематологии и метаболических расстройств, читал лекции на кафедре внутренних болезней в Хельсинском Университете, в Госпитале Дяконисы, где и стал профессором: получил это звание лишь в 1930 году. О нем отзывались как об очень скромном человеке, которого прежде всего интересовали исследования, а не звания.

В 1925 г. фон Виллебранд обследовал 5-летнюю девочку по имени Хио из деревни на Аландских островах. Ее мать и отец страдали от спонтанно возникающих кровотечений. Она была 9-м ребенком из 12 детей, 4 из которых умерли от тяжелых кровотечений в раннем возрасте. Доктор начал изучать это заболевание дальше и выяснил, что 66 членов этой семьи страдали от спонтанных кровотечений, чаще встречавшихся у женщин. В 1926 г. Виллебранд предположил, что это новая форма гемофилии, и назвал ее «псевдогемофилией». В том же году он опубликовал статью на шведском языке. В 1931 г. эта работа вышла в Германии, она привлекла внимание профессора Берлинского Университета Руди Юргенса. Вместе они начали обследовать пациентов с помощью капилляротромбометра. Профессор Юргенс заключил, что возникновение кровотечений у таких больных связана с нарушением функции тромбоцитов. Уже позже было показано, что у части больных заболевание связано либо с дефектом, либо с отсутствием фактора, который тоже был назван фактором Виллебранда, имеющего непосредственное отношение как к агрегации тромбоцитов, так и к плазменным факторам свертывания крови.

Умер Эрик Адольф фон Виллебранд 12 декабря 1949 г.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЛЕБРАНДА. Стандарты медицинской помощи

Может быть, и нет такой проблемы? Ведь, реально, в нашей стране диагноз этой болезни не ставится. На совещании экспертов были приведены такие цифры: В Москве выявлено 427 человек, в Московской области — 91, из других регионов — 243 человека. В Кирове — 150 больных, в год выявляется 10–15 человек. В Санкт-Петербурге — 2622 пациента. Какое-то количество больных выявлено в Алтайском филиале ГНЦ РАМН. Все равно на круг в России выявлено от 3,5 до 4 тысяч человек. Между тем распространенность патологии — около 1% живущих, или от 1 до 1,5 миллионов человек. Да-да, выявляются около 0,3% больных.

Но может быть эта патология не столь значима? Пусть и частая, но не тревожит она ни больных, ни врачей. Если бы. У половины — двух третей больных носовые кровотечения, у трети — меноррагии и кровотечения после экстракции зубов, реже — гематомы и гемартрозы, желудочно-кишечные кровотечения. Никто толком не считал, сколько послеоперационных кровотечений связано с этой патологией. Так что есть над чем задуматься.

Диагностика этой патологии начинается с изучения семейного анамнеза, выявления случаев повторных кровотечений как у пациента, так и в семье. В отличие от истинной гемофилии этой патологией страдают и женщины. При подозрении следует сделать исследование свертывающей системы крови, как ориентировочные тесты, так и тесты, направленные на уточнение формы и тяжести заболевания.

Выделяют три формы болезни: при типе 1 имеется относительно небольшой дефицит фактора Виллебранда, при 2-м типе — его качественная неполноценность, при 3-м типе — почти полное отсутствие этого фактора. 3-й тип — наиболее тяжелая форма болезни, при ней значительно чаще бывают выраженные кровотечения.

Терапия. При 1-м типе заболевания для купирования кровотечений применяется десмопрессин и только в тяжелых случаях — концентрат фактора VIII в комплексе с фактором Виллебранда (Вилате). При 2-м типе на первом месте должен стоять концентрат фактора VIII\фактора Виллебранда, и лишь терапией выбора является десмопрессин. Наконец, при 3-м типе концентрат фактора VIII\фактора Виллебранда выходит не просто на первое место, а остается практически единственным эффективным препаратом. Если лекарственная терапия не срабатывает, больной нуждается в терапии донорскими тромбоцитами.

Профилактика. Ряд больных с 3-м типом требуют поддерживающего профилактического введения концентрата фактора VIII\фактора Виллебранда, так же, как это делается сейчас у больных с истинной гемофилией: дома регулярно, по рассчитанной схеме. Тогда частота геморрагических эпизодов заметно снижается в среднем с 10 эпизодов до 1-го. Продолжительность такой профилактики составляет многие десятилетия, известны случаи и 45 летней профилактики. В нашей стране профилактика не проводится, в частности, из-за того, что до этого года не было зарегистрировано эффективного препарата.

Все эти подходы найдут отражение в готовящемся сегодня Национальном стандарте — Протоколе ведения больных с болезнью Виллебранда. Проект документа вывешен в свободном доступе на сайте Общества фармакоэкономических исследований по адресу www.gspog.ru, где можно ознакомиться с документом и сделать критические замечания. Планируется к осени завершить разработку этого документа и передать его на утверждение в Ростехрегулирование.

Кроме того, разработан стандарт медицинской помощи этим больным, проект которого публикуется в этом номере Вестника МГНУТ.

Если у Вас, дорогие читатели, возникли предположения о наличии болезни Виллебранда у кого-то из ваших пациентов, их можно БЕСПЛАТНО проконсультировать в центрах, чьи координаты вы найдете в памятке. Эту памятку можно вырезать и сохранить в ящике рабочего стола.

П. Воробьев

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 27.12.2006 г.

Председатель: академик А.И. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Е.Н. Кочина

Повестка дня: «Боткинские чтения»

Академик А.И. Воробьев: «Памяти Зиновия Соломоновича Баркагана»

Дорогие друзья, товарищи, сегодня у нас последнее заседание в 2006 г. Это, как всегда, «Боткинские чтения», но так складывается жизнь, что я должен начать с печального известия: сегодня ночью внезапно умер Зиновий Соломонович Баркаган. Я прошу его память почтить.

Зиновий Соломонович Баркаган представляет собой совершенно необычную фигуру в нашем здравоохранении. Понятие «диссеминированное внутрисосудистое свертывание», которое в этом мире было открыто Марией Семеновной Мачабели, впервые опубликовано под названием тромбеморрагический синдром. ДВС-синдром — не наше название, но я не случайно поднапираю на наши, советские приоритеты. Мы совсем забываем свою науку, от этого никто богаче и лучше не становится. Но это всемирного значения открытие — диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови. Это тот процесс умирания — локальный или тотальный, который мы поняли по-настоящему только в последние годы, может быть, 10—20 лет. Мы поняли, что заражение крови — это инфекция плюс ДВС-синдром, а если минус ДВС, то это просто тяжелая инфекция. И терапия различна, и прогноз различен. Вот эти два человека — Мария Семеновна, которая тоже недавно ушла из жизни, и Зиновий Соломонович перевернули эти представления, как просто о тяжелой инфекции. Конечно, они работали в коллективе, Мария Семеновна на нашей кафедре все делала, потом она работала в Институте им. Склифосовского. Зиновий Соломонович все время работал вместе с нами, и мы никогда не кичились на тему, кто первый сказал «э».

Зиновий Соломонович перевернул наши представления о танатогенезе при острой массивной кровопотере. Не надо забывать, что мы в 8 раз обогнали Западную Европу по смертности родильниц. Мы поняли, что это, конечно, жуткое переливание «капля за каплю» — непонимание ДВС-синдрома. Кровопотеря, шок, ДВС, гипокоагуляционная фаза ДВС и дальше гибель. Мы открыли глаза на краш-синдром. Все, что мы сделали в Армении, это мы сделали, понимая его патогенез и, если, угодно, танатогенез. Краш-синдром — это забытые обломками тканей капилляры. Их видно, когда вы берете эту плазму, она мутная. Мутная — это десятки микрон. Просвет капилляра до 4-х микрон, там эритроцит протискивается. Значит, капиллярное русло было забито этими обрывками тканей из разможенной, омертвевшей, раздавленной конечности. Мы использовали там плазмаферез и плазму, и ни одной ампутации, даже при открытых переломах двух костей голени. Это все — Баркаган.

Понимаете, когда мы раскрывали патогенез малокровия, патогенез общей тяжелой интоксикации при хроническом нефрите разной этиологии, мне все равно, иногда это смешивается, ну, до такого состояния, чтоб называть это хронической болезнью почек, я надеюсь, мы не докатимся, но хронический пиелонефрит, и особенно, конечно, хронический гломерулонефрит — это хронический ДВС-синдром. И мы знали, как его лечить, и понимаем теперь. У нас совершенно другая клиника, другая смертность.

Это все Зиновий Соломонович Баркаган или дискуссии с ним, споры с ним, разговоры с ним. Вы знаете, мне всегда бывает трудно говорить кто, где, какой автор, потому что в работающем коллективе нет так уж разграничительных линий — вот это мое, а это — твое. Он работал здесь, в Барнауле он руководил филиалом нашего Центра. А до этого он был учеником Кассирского, ни одного дня не работая с Кассирским. Это не страшно, это не беда. Его очень любил Иосиф Абрамович за глубину терапевтического мышления. О нем многое можно говорить, и думаю, что мы еще вернемся к его имени в докладах, в книгах. Знаете, когда мы писали «Острую массивную кровопотерю», может быть, это впервые было сделано, может быть, и нет, мы посвятили книгу двум живым соотечественникам — это Марии Семеновне Мачабели и Зиновию Соломоновичу Баркагану. И мы договорились, живут, пускай живые прочтут посвящение. Потом, что уж, прочтут другие. Настолько важны эти фигуры для нас.

Из жизни ушел совершенно замечательный человек, исследователь, гражданин, врач. Врач, до мозга костей врач. Я только хочу вам сказать, что сегодня, вспоминая, я подумал о наших представлениях о бессмертии. Знаете, когда-то Маяковский, когда в честь убитого Теодора Нетте писал стихи, то он говорил, что «наша жизнь превратится в дела».

И в этом все, вот, его бессмертие — это его научное наследие безоглядное, и больше чести не знаю, не знаю, это настоящее бессмертие.

Проф. А.А. Ширяев «Хирургические аспекты коронарной патологии» (Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздравсоцразвития России)

Коронарное шунтирование выполняется уже более 40 лет. Оперативное вмешательство значительно уменьшает проявления коронарной болезни и улучшает прогноз жизни. Развитие эндоваскулярных методов привело к смещению точки приложения коронарной хирургии. В докладе обобщен 5-летний опыт Российского кардиологического научно-производственного комплекса — более 4 тысяч операций. Сегодня среди больных, направляемых на коронарное шунтирование, значительную часть составляют пациенты с распространенным поражением коронарных артерий, сниженной сопротивляемостью левого желудочка, поражением клапанного аппарата сердца, с сахарным диабетом, семейными формами гиперлипидемий, с сопутствующими поражениями других органов, нередко пожилого и старческого возраста. Расширение и утяжеление контингента больных требует постоянного усовершенствования анестезиологического и перфузионного пособия и повышает требования к хирургической технике операций —



применение прецизионной техники и значительного оптического увеличения, использование аутоартериальных трансплантатов и, при необходимости, эндоартерэктомии из коронарных артерий. Проведение операций на работающем сердце позволяет избежать осложнений, связанных с искусственным кровообращением, и может быть оправданным у больных со сниженной сократимостью левого желудочка, сопутствующей патологией, онкозаболеваниями. Современные методы диагностики и оперативного лечения значительно расширили показания для операции коронарного шунтирования. Тем не менее, для получения оптимального результата требуется индивидуальный подход в выборе стратегии лечения — тщательный терапевтический мониторинг с контролем факторов риска, антиагрегантная терапия, использование плазмафереза по показаниям, своевременное направление пациента к кардиохирургу.

Вопросы докладчику:

— Академик А.И. Воробьев: В какой последовательности при инфаркте миокарда вы оперируете? Начинаете с ангиопластики или с коронарного шунтирования?

— При остром инфаркте миокарда мы стараемся не делать операций. Мы оперируем только в том случае, если все консервативные возможности исчерпаны и больной может умереть в ближайшее время. Михаил Яковлевич Руда у нас очень активно внедрил эндоваскулярное вмешательство, и при всех инфарктах реваскуляризацию стараемся сделать консервативно. Операция делается только при острых разрывах межжелудочковой перегородки, при отрыве хорд митрального клапана. Потому что, как показывает практика, результаты операции коронарного шунтирования при инфаркте хуже ангиопластики. То есть при инфаркте миокарда нужно делать ангиопластику и стентирование при строгих показаниях.

— Проф. С.Р. Караголян (ГУ ГНЦ РАМН): Используйте ли Вы для шунта сальниковую артерию?

— Беда сальниковой артерии в том, что она очень тонкая и очень нежная. Я не верю ни одному хирургу, который говорит, что я могу выполнить это шунтирование без оптического увеличения. Ограничивает возможность использования желудочно-сальниковых артерий — даже не то, что мы входим в другую полость, а именно нежность и склонность этой артерии к спазмам. Она требует использования антагонистов кальция внутривенного после операции и очень чуткого отношения во время операции.

Продолжение на стр. 6

ИнТерНьюс

Китайские и американские ученые бьют тревогу в связи со значительным ростом числа больных сифилисом в Китае

За последние 12 лет заболеваемость этой инфекцией выросла почти в 30 раз. В 1960—1970-е годы считалось, что сифилис в Китае практически полностью ликвидирован, однако в настоящее время болезнь вернулась вновь. Согласно данным, полученным учеными из Китайского национального центра по контролю за заболеваниями, передающимися половым путем, (China's National Centre for STD Control) и их коллегами из университета Северной Каролины (University of North Carolina's), в 2005 г. было зарегистрировано 5,7 случаев сифилиса на 100 тысяч жителей Китая. Ранее, в 1993 г., в стране отмечалось 0,2 случая сифилиса на 100 тысяч жителей. Наиболее часто сифилис возникает у людей, относящихся к группе риска: проституток и лиц нетрадиционной ориентации. Каждый пятый (по другим данным — каждый десятый) из них болен этой инфекцией, свидетельствуют ведущие китайские специалисты. Особую тревогу вызывает рост врожденного сифилиса: ежегодно в Китае рождается 3400 малышей, страдающих этим заболеванием. Таким образом, за последние 12 лет заболеваемость врожденным сифилисом ежегодно увеличивалась более чем на 70%, свидетельствует один из руководителей исследования М. Коэн. По его мнению, столь драматический рост заболеваемости этой инфекцией, передающейся половым путем, в первую очередь связан с увеличением числа работников-эмигрантов в Китае, ростом проституции и большим распространением внебрачного секса, а также редким использованием презервативов. По словам авторов, Китай нуждается в проведении экстренных мер для остановки распространения сифилиса. Кроме того, рост заболеваемости сифилисом, вероятно, сопровождается увеличением числа других заболеваний, передающихся половым путем.

Источник: tma.ru

Миллионы высокооплачиваемых специалистов во всем мире рискуют потерять семью из-за долгого рабочего дня и непомерных нагрузок на работе

Экстремальная работа заставляет миллионы людей отказываться от радостей семейной жизни, забывать об общении с пожилыми родителями и не заниматься воспитанием детей. По подсчетам исследователей, приблизительно 45% высокооплачиваемых сотрудников крупных компаний проводят на рабочем месте по 60, 70 и даже 100 часов в неделю, берут 10-дневный отпуск не чаще раза в год и готовы отложить каникулы, свадьбу и даже похороны родственников, если на работе в это время происходит нечто важное. Подобный рабочий график наносит непоправимый ущерб семейной жизни: 45% опрошенных исследователями «экстремальных работников» признались, что выбранная ими работа несовместима с полноценной интимной жизнью, и что им вообще крайне редко удается перекинуться со своей «половиной» хотя бы парой слов. Не лучше обстоит дело и с воспитанием детей в семьях преуспевающих карьеристов. Все опрошенные, успевшие обзавестись потомством, признали, что их дети слишком часто смотрят телевизор, неправильно питаются и плохо ведут себя в школе. В то же время большинство участников исследования ни при каких обстоятельствах не готовы отказаться от своей должности. 80% опрошенных заявили, что находят свою работу нестандартной и стимулирующей. Третьим по популярности мотивом оказалась возможность неограниченного высоких заработков. «Экстремальная работа» становится повсеместным явлением во всех секторах экономики, в том числе в банковском деле и финансировании, СМИ, индустрии развлечений, медицине, юриспруденции и т. д., отмечают авторы исследования.

Источник: Медновости.ру

ИнТерНьюс

Создана виртуальная модель всех биохимических реакций, которые происходят в клетках человеческого организма

Благодаря новым возможностям компьютерной модели удастся проследить за процессом обмена веществ и найти новые методы лечения некоторых заболеваний, таких, как высокий уровень холестерина в крови. Группа из 6 биоинженеров калифорнийского университета изучила геном человека и проследила за тем, какие гены связаны с обменом веществ, и как влияют на выработку ферментов. Они создали базу данных из 3300 различных химических реакций обмена веществ. На основе полученных данных удалось восстановить весь процесс метаболизма, происходящий в каждой отдельной клетке человеческого организма. Научный руководитель проекта профессор Б. Полссон считает, что теперь удастся выяснить, что произойдет с клеткой при воздействии на конкретные реакции обмена веществ в ней. На основе новой системы можно будет также исследовать, что произойдет с организмом, если попытаться вмешаться в процесс метаболизма в кровяной или сердечной клетке. Одна из главных задач обмена веществ — переработать поступающие в организм белки, жиры и углеводы и сделать их максимально полезными для организма. Существуют сотни заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ.

Источник: BBC

Доисторические люди, переселившиеся на европейский континент из Африки, были носителями *Helicobacter pylori*

Согласно современным представлениям, родиной современного человечества является восточная часть Африки, причем миграция первобытных людей началась приблизительно 58 тысяч лет назад. Исследователи из Института Макса Планка (Берлин) и Кембриджского университета исходили из представления, что геном человека становился все более разнообразным по мере расселения и изоляции отдельных популяций. Сопоставив при помощи компьютерного моделирования генетические вариации человека и бактерий, повсеместно живущей в желудках людей, ученые пришли к выводу, что процессы эволюции обоих геномов протекали строго параллельно на протяжении всего периода расселения. Это говорит о том, что бактерия, скорее всего, колонизировала желудок человека еще в Африке, а затем расселилась вместе с первобытными людьми по миру. Впрочем, вопрос о том, страдали ли первобытные люди язвенной болезнью, остается открытым.

Источник: Medportal.ru

Микроэндоскопия, использующая эндоскопы менее 1 мм в диаметре, может быть использована в офтальмологии, диагностике рака и при решении многих медицинских задач

До настоящего времени такие эндоскопы мало использовались из-за жесткости полимера, из которого они изготавливались, и невысокого качества получаемых изображений. Разработанный в Гарвардском медицинском центре (Массачусетс, США) миниатюрный эндоскоп позволяет создавать трехмерное изображение при помощи пучка волокон, проводящих полихроматический свет.

В отличие от одного световолокна, проводящего монохроматический свет, в результате компьютерного анализа отраженных от тканей световых волн различной длины исследователь или врач получает объемное изображение большого исследуемого участка ткани.

Кроме того, толщина нового микроэндоскопа сопоставима с толщиной человеческого волоса, максимальная толщина его составляет 350 микрон. Возможно введение эндоскопа в брюшную полость с минимальной травматизацией пациента. Гибкость и размеры новой технологии в совокупности с информативностью открывают новые перспективы в эндоскопии.

Источник: Nature, 2006, October

Начало на стр. 5 ➤

— Применяли ли Вы стволовые клетки?

— Мы пытаемся сейчас это использовать. Оперировали 16 пациентов, мягко выражаясь, неоперабельных. Мы едва-едва их вытащили, сделали коронарное шунтирование с использованием вспомогательного кровообращения и обкалывали те места стволовыми клетками, полученными из костного мозга пациента. Существуют какие-то теории того, что там что-то вырастет. Пока нет целого мнения, тем более что доказать, что там что-то выросло, по-моему, можно только на аутопсии

Комментарий академика А.И. Воробьева: Это — не стволовые в нашем понимании, которые в начале кроветворения, а мезенхимальные стромальные клетки (культура Александра Яковлевича Фриденштейна). И была идея, что они трансформируются. Их производные — это и остеобласты, и остеобласты, и миоциты. И отсюда было такое мнение, что они могут вырасти в того, в кого мы хотим. Но пока они нас не поняли.

— Проф. Р.М. Заславская: Как часто приходится повторять аорто-коронарное шунтирование?

— Мы в этом году делали 515 операций, из них было всего 12 повторных.

Академик А.И. Воробьев: Скажите, пожалуйста, у вас все-таки несколько особое учреждение. Как идет финансирование?

— Финансирование идет по так называемой «медицине высоких технологий». Есть федеральные Центры, им определяются квоты, причем это весьма существенное финансирование, если не ошибаюсь, 150 тысяч рублей на пациента, которые обеспечивают его лечение по высоким технологиям. Это государственная федеральная программа. Она не касается многих областей, не совсем касается Москвы, насколько я понимаю, но в федеральных Центрах это существует.

Дискуссия:

Проф. Р.М. Заславская: Я хочу поблагодарить за очень интересный доклад по проблеме, которая нас всех очень интересует. Работая много лет в многопрофильном учреждении, мы сталкиваемся ежедневно с больными, у которых так или иначе стоит вопрос об ангиографии, ангиопластике и аутокоронарном шунтировании. К сожалению, попадают больные, и довольно нередко, уже после этих вмешательств, у которых все начинается сначала. То есть по клинике, явно, шунты затромбированы, есть стенокардия в типичном своем виде, иногда — нестабильная стенокардия. У ряда больных мы видели такое осложнение, как остеомиелит грудины.

Финансовый вопрос стоит очень остро, потому что для многих пациентов это невозможно осуществить. Также невозможно осуществить стентирование, потому что стент — не один, а иногда 2—3, это тоже дорого стоит. Другая проблема — нарушение ритма. У нас есть проблема — поставить искусственный водитель ритма. Иногда это не помогает, 2-й раз, 3-й раз. За все это надо тоже платить. И, наконец, стоит вопрос о дефибрилляторе, потому что таким больным нередко угрожает фибрилляция желудочков и, соответственно, остановка кровообращения. Вот, все эти проблемы, они, как были, так и остаются, несмотря на постоянные успехи.

Проф. А.Л. Сыркин: Спасибо за такой хороший доклад, тем более что он идет из одной из ведущих клиник страны. Но, учитывая состав аудитории, я хотел бы на двух пунктах остановиться. Первый — при тех трудностях, которые существуют, возможности направления больных на стентирование и особенно на шунтирование, безусловно, в Москве возрастают. Терапевты недостаточно активны в направлении больных на хирургические вмешательства. Примите, пожалуйста, к сведению, что это реально в Москве на сегодняшний день. Нужна определенная настойчивость, есть квоты Московского Департамента здравоохранения. Мы с вами недостаточно активны в продвижении больных к этим методам лечения. И второе — досадно, когда в высшей степени профессионально выполнено стентирование или шунтирование, а потом мы с вами неграмотно ведем этих больных. Конечно, у них будут и повторные тромбозы, и повторные стенозы и так далее. И пациенты наши, сплошь и рядом, недопонимают, что оттого, что им проведено такое блестящее вмешательство, с таким замечательным результатом, у них не уменьшится количество таблеток, а, может быть, увеличится. И пациент, и врач должны понимать, если мы хотим сохранить результат того, что Андрей Андреевич сегодня нам показал, нужна постоянная интенсивная, многокомпонентная терапия. В частности, статинами, вот это больное место, потому что такой важнейший класс препаратов совершенно не обеспечивается сегодня ни государством, ни страховыми компаниями. Между тем, это один из краеугольных камней ведения больных с коронарной болезнью сердца. Благодарю вас за внимание.

Заключение председателя.

Друзья, у нас Боткинские чтения. Я должен напомнить, что доклад имеет прямое отношение к Сергею Петровичу, который, как известно, погиб от тяжелой коронарной патологии, по-видимому, генетически детерминированной, потому что, если вы посмотрите на портреты последние Сергея Петровича Боткина, то в его 53—54 года

перед вами глубокий тяжелый старик. И Сергей Сергеевич Боткин, его сын, тоже умер, ну, если я поднаврал, то не густо, на шестом десятке. Это известная вещь. Сергей Петрович, правда, думал, что он страдает холециститом и рефлекторной стенокардией. Он этого всего не знал, что, в общем, не так уж непростительно. Если вы помните, впервые по-настоящему был описан не инфаркт миокарда, а слово-то было употреблено коронаротромбоз, Виталием Григорьевичем Поповым где-то в районе 1928 года. Он выступал в этой аудитории, говорил со свойственным ему юмором. Это была такая редкая патология, что мы договорились назвать это коронаротромбозом. Это было редким явлением, потом очень частым. И вот, сегодня нам продемонстрировали пути исправления этой патологии. Конечно, очень важно слушать клинику, клинику — «законодательницу мод» в области аортокоронарного шунтирования, коронарной патологии. И я далек от мысли, проводить какие бы то ни было параллели, сравнения. Но я помню, когда был жесткий разговор, где оперировать ответственного товарища, маленькая группа врачей сказала, что мы отвечаем за Акчурина. Это были врачи не из Кардиоцентра. Мы знали Рената Сулеймановича, я только прошу прощения, я называю его имя, хотя на самом деле, речь идет о бригаде, большой группе хирургов, которые оперировали. Был поставлен вопрос — а почему не за границей. Почему? Потому что после операции предстоит серьезнейшая работа по не просто реанимации, она довольно непродолжительна, а по выхаживанию больного с множественными осложнениями, а уж вот тут, извините, мы себя чувствуем уверенней, чем за бугром. Поэтому когда я говорю: клиника — законодательница мод, то никакой ошибки, ничего надуманного тут нет. Я согласен и с теми, кто говорит об экономической стороне дела, хотя, откровенно говоря, довольно противно разговаривать о деньгах там, где перед нами действительно выдающиеся, высоченные технологии. Ну, не виноваты врачи в том, что их ставят в свинское положение. Хорошо, сколько стоит коронарное шунтирование? Я не спрашиваю. Вы лучше спросите так, — Воробьев, а ты скажи, сколько стоит у тебя острый лейкоз. Ну, мне что, проваливаться сквозь землю от стыда. Но с шунтированием-то можно денек-другой побаловать, если нет острого инфаркта миокарда, не только денек, но и недельку, и месяц. А с острым лейкозом не побалуешь, и с лимфосаркомой тоже. Показания к госпитализации носят практически витальный характер. И тем не менее, квоты нет, места нет, начинается непристойный разговор. «Наследников нестройный хор заводит непристойный...» Ой, фу, это ужасно, но это уже другая сторона дела.

Важнейшее заключается в том, что принципиально изменилась клиника коронарной болезни, она совсем другая. Из свидетелей, наблюдателей, созерцателей мы превратились в энергичных врачей, которые по первым симптомам направляют на коронарографию, а дальше — стент или шунтирование, и это все есть, на ладони. Я бы выхватил одну часть выступления Абрама Львовича, — а мы-то где. Ведь появление вот этих квот, появление финансирования и покупки стентов — это результат борьбы. Это результат бесконечного количества выступлений, газетных выступлений. А что мне делать, я должен бороться за жизнь своих пациентов. И это очень важно, Москва все-таки, как хотите, раскошелилась и создала стационар, где делают аортокоронарное шунтирование бесплатно. Всем, не всем, но делают. И это нужно прошибать. Мы обязаны бороться за жизнь наших пациентов, за то, чтобы они, оплатив всей своей жизнью эти шунты, получали их бесплатно. Какие с меня деньги? Сегодняшний пенсионер — никакой не пенсионер, люди не доживают до пенсионного возраста. Куда идут деньги, которые они накопили? Это надо все объяснять — раз, два, сто, двести. Но этого нужно избегать в разговоре с пациентами. Но, конечно, я очень признателен Андрею Андреевичу за то, что он рассказал. Во-первых, это материал. Вы представляете себе, что значит на сотнях больных, на сотнях иметь нулевую смертность? Это очень серьезная вещь. И, понимаете, это, конечно, великолепное достижение. Ясно, Абрам Львович прав, что нужно потом проговаривать, продумывать всю антикоагулянтную терапию. Надо помнить, мы гетерогенны, и среди нас 5% людей, которые страдают повышенной свертываемостью, там надо терапевту думать. Дезагрегантная терапия обеспечила резкое снижение агрегации тромбоцитов, кому нужны не прямые антикоагулянты, и как долго. И по АЧТВ, и по свертываемости, по фибринолитической активности мы ведь все контролируем, и обязаны контролировать. Но одно дело — моя молодость, когда я знал, видел, но ничего сделать не мог. И другое дело сегодня, когда фактически коронарных смертей должно быть очень, очень мало. Если при остром инфаркте, при достаточной обеспеченности можно снизить смертность до 4—5%, то при нормальной профилактической работе эту смертность вообще можно свести к очень низким цифрам. Это, действительно, замечательное достижение, и то, что нам его продемонстрировали, вызывает чувство глубокой благодарности. Я хочу вас поздравить с Новым годом, все-таки каждый год мы что-то у природы вырываем. Вот, где-то она нас держит за горло, а где-то мы ее обходим и лишаем возможности уничтожать род человеческий. Спасибо за внимание.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Проект Стандарта «Болезнь Виллебранда» разработан Гематологическим научным центром Российской академии медицинских наук (академик РАН и РАМН Воробьев А.И., член-корр. АТН, профессор, д. м. н. Плющ О.П., к. м. н. Кудрявцева Л.М., к. м. н. Лихачева Е.А., к. м. н. Зозуля Н.И., к. м. н. Копылов К.Г.), Российским НИИ гематологии и трансфузиологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Санкт-Петербург (член-корреспондент РАМН, профессор, д. м. н. Селиванов Е.А.); Кировским НИИ гематологии и трансфузиологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (профессор, д. м. н. Шарыгин С.Л.); Измайловской детской городской клинической больницей г. Москвы (заведующий гематологическим центром Вдовин В.В.); Всероссийским обществом гемофилии (Жулев Ю.А.); Московской медицинской академией им. И.М. Сеченова (профессор, д. м. н. Воробьев П.А., к. м. н. Лукьянцева Д.В.). Проект публикуется для обсуждения.

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети
Нозологическая форма: болезнь Виллебранда
Код по МКБ-10: D68.0
Фаза: кровотечение или кровоизлияние любой локализации
Стадия: любая
Осложнение: вне зависимости от осложнений
Условие оказания: амбулаторная помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	2
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
B01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	0,5	1
B01.028.01	Прием (осмотр, консультация) врача оториноларинголога первичный	0,6	1
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,3	1
A03.20.003	Гистероскопия	0,3	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A12.05.052	Определение активности ингибиторов к фактору VIII	0,1	1
A12.05.053	Определение активности ингибиторов к фактору Виллебранда	0,1	1
A09.05.193	Определение активности фактора IX	1	1
A09.05.194	Определение активности фактора VIII	1	1
A12.05.017	Исследование агрегации тромбоцитов	1	1
A12.05.038	Исследование активности и свойств фактора Виллибранда в крови	1	1
A09.05.XXX	Исследование уровня антигена фактора Виллебранда	1	1
A12.05.042	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	1	1
A12.05038.001	Определение фактора Виллебранда в тромбоцитах	1	1
A12.05.038.002	Анализ мультимеров фактора Виллебранда в плазме	1	1
A12.05.038.003	Коллагенсвязывающий тест	1	1
A12.05.038.004	Специфический тест способности фактора Виллебранда связывать фактор VIII	1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 24 ЧАСА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B01.005.002	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога повторный	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	2
A16.08.006	Механическая остановка кровотечения (передняя и задняя тампонада носа)	0,1	1
A09.05.194	Определение активности фактора VIII	0,5	1
A12.05.052	Определение активности ингибиторов к фактору VIII	0,1	1
A12.05.053	Определение активности ингибиторов к фактору Виллебранда	0,1	1
A12.05.042	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	1	1
A12.05.017	Исследование агрегации тромбоцитов	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,1	1
A06.04.006	Рентгенография коленного сустава	0,1	1
A06.04.004	Рентгенография локтевого сустава	0,1	1
A06.04.015	Рентгенография плечевого сустава	0,1	1
A06.04.016	Рентгенография бедренного сустава	0,1	1
A06.04.017	Рентгенография голеностопного сустава	0,1	1
B03.016.06	Анализ мочи общий	0,2	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,05	1
B01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога повторный	0,5	1
B01.050.04	Прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда повторный	0,1	1
B01.057.02	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга повторный	0,2	1
B01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	0,2	1
B01.028.01	Прием (осмотр, консультация) врача оториноларинголога повторный	0,6	1
B01.053.02	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный	0,05	1
B01.023.02	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога повторный	0,1	1
A03.20.003	Гистероскопия	0,1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,01	1
A06.03.002	Компьютерная томография головы	0,01	1
A05.23.002	Магнитно-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,05	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A13.30.003	Психологическая адаптация	1	1

2.1. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ИЗ РАСЧЕТА 24 ЧАСА

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на кровь				1	
	Факторы свёртывания крови			1	
		Фактор свёртывания крови VIII	0,6	3000 МЕ	6000 МЕ
		Эптаког альфа (активированный)	0,02	7 мг	21 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему					0,8
	Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны			1	
		Десмопрессин	1	21 мкг	42 мкг
Ингибиторы фибринолиза			1		
		Аминокапроновая кислота	0,5	3 г	12г
		Транексамовая кислота	0,3	0,25 г	0,5 г
		Парааминометилбензойная кислота	0,3	0,25 г	0,5 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.
** — ориентировочная дневная доза.
*** — эквивалентная курсовая доза.

Когда 28 декабря 2006 года в институт пришло сообщение о том, что накануне скончался Зиновий Соломонович Баркаган, первая мысль — закончилась целая эпоха отечественной гемостазиологии. Почему-то перед глазами сразу встали все книги, написанные Зиновием Соломоновичем, которые уже с давних пор стали источником знаний в области клинической гемостазиологии для многих врачей в различных областях медицины. Предложение Павла Андреевича Воробьева написать воспоминания о Зиновии Соломоновиче, честно говоря, застало меня врасплох. Казалось, я могу написать так много, мы так часто встречались у нас в институте, в Барнауле, на бесконечных международных конгрессах, но пока из памяти всплывают только воспоминания эмоционального характера об этом удивительном неординарном человеке.

Первые воспоминания начинаются с приезда Зиновия Соломоновича к нам в институт, кажется, в 1969 году. Все мы, тогда еще молодые сотрудники лаборатории свертывания крови, были поражены тем, как это клиницист, имеющий дело с больными, интересуется техникой проведения коагуляционных исследований, с невероятной скоростью организует у себя в институте лабораторную службу, которая со временем стала ведущей в нашей стране. Уже сейчас не могу вспомнить, с какого времени начались его исследования змеиных ядов и их использование в лабораторной практике для оценки дисфибриногенемий, диагностики антифосфолипидного синдрома и др.

Его фантастические рассказы об участии в поимке змей надо было слышать. Если бы знать, что все память не удержит, то сколько следовало бы записать. Это был фейерверк правды и вымысла, достойный писателя-фантаста. С первых встреч меня поражала невероятная начитанность Зиновия Соломоновича. С ним можно было говорить на любую тему. Правда, говорить он любил сам, не давая собеседнику даже раскрыть рта, вспоминал что-либо подходящее из своей жизни.

Не раз я была свидетелем, как Зиновий Соломонович читал научную литературу. Надо сказать, что людей, не посещавших библиотеку, он активно презирал. Ежегодно, приезжая в Ленинград во времена, когда все европейские журналы закупались в соответствии с пожеланиями читателей, он прежде всего шел в Публичную библиотеку, где проводил массу времени, читая все новинки мировой литературы. И надо было видеть, как Зиновий Соломонович читал журналы. Это было фантастическое зрелище — он ничего не видел и не

слышал, все окружающее переставало существовать, а статьи будто вихрем вносились в его голову.

Его памяти можно было позавидовать. Он помнил все названия и синонимы редких нарушений гемостаза, кем и когда они были описаны. И как ребенок, каждый раз повторял, что у себя в клинике видел и не такое. Первое время его способность принимать желаемое за действительность меня даже сердила. Но со временем я поняла, что это свойство, которое так восхищает нас в детях, помогает Зиновию Соломоновичу оригинально мыслить, создавать свои концепции и классификации.

Он был не только большим ученым, но, прежде всего, замечательным врачом. В оценках людей Зиновий

ПАМЯТИ Зиновия Соломоновича Баркагана

Соломонович, с моей точки зрения, не всегда был корректен. Отрицательные характеристики иногда давались людям согласно его сиюминутному состоянию души, но, говоря о больных, он всегда сопереживал им. Без сомнения, это чувствовали и пациенты, которые обращались к нему за помощью. Никогда не забуду, когда, будучи в Барнауле на конференции по гемофилии, во время экскурсии по городу экскурсовод среди всех достопримечательностей города показала нам на дом, где, по ее словам, живет знаменитый доктор З.С. Баркаган, не профессор, а именно доктор. Такова была его слава среди простых людей.

Без сомнения, Зиновий Соломонович был и Учителем с большой буквы. Он был воистину генератором новых идей, центром притяжения самых талантливых. Лидер во всем, Зиновий Соломонович сумел сплотить вокруг себя самых одаренных людей, имена которых в настоящее время ассоциируются с его именем. Сейчас это уже большие ученые клиницисты, такие, как Е.И. Бувечич, В.Г. Лычев, А.П. Момот, Л.П. Цыпкина и многие другие. И очень бы хотелось, чтобы дело, начатое З.С. Баркаганом, было ими продолжено и приумножено.

Трудно говорить о том, какие были взаимоотношения в самом коллективе, которым руководил Зиновий Соломонович. Жизнь очень сложная штука. Однако упоминание имени любого сотрудника из его коллектива сразу же вызывало у Зиновия Соломоновича настороженный интерес. Любая критика в адрес его учеников могла закончиться «трагически». Все у него были самыми талантливыми и самыми достойными.

Каждый направляемый его сотрудниками автореферат сопровождало письмо от Зиновия Соломоновича с просьбой написать рецензию. Аналогичные просьбы в свой адрес он всегда выполнял доброжелательно и быстро, правда, каждый раз отпуская какую либо шутку. Так в 2000 году из нашей лаборатории одновременно выходили на защиту 3 диссертации — одна докторская и две кандидатских. Конечно, все три автореферата были посланы на отзыв Зиновию Соломоновичу. Вскоре были присланы отзывы и сопроводительное письмо, в котором было написано: «Вчера в Барнауле трижды прозвучал залп Авроры и я не смог устоять...». И так во всем, серьезное всегда перемежалось юмором.

Остроты и байки бесконечным потоком лились из его уст, не говоря о комплиментах. Сколько раз, слыша от него признания в любви не только в свой адрес, но и в адрес других женщин, я думала, а как же на это реагирует его жена. Но когда познакомилась с Идой Михайловной, то поняла, что именно благодаря этой удивительной женщине Зиновий Соломонович сохранил в себе мир радостного детства, который мы так быстро теряем по мере взросления. Вскоре после смерти Иды Михайловны мы встретились с Зиновием Соломоновичем на конгрессе по тромбозу в Анталии. На него было больно смотреть. Он по-прежнему шутил, но все это было окрашено глубокой грустью. И в один из дней я услышала от него признание, что после смерти жены он понял, что всю жизнь был однолюбом. Так, по моему мнению, мог сказать человек, который был счастлив в браке. И это прекрасно.

Последняя моя встреча с Зиновием Соломоновичем произошла буквально за 3 месяца до его ухода от нас. Меня пригласили прочитать лекцию о болезни Виллебранда на конференции в Барнауле. Вылет совпал с моим днем рождения, и все отговаривали меня лететь. Дорога из Петербурга в Барнаул не близкая. В другой раз я, наверное, стала бы сопротивляться такой поездке. Но на этот раз было ощущение подарка судьбы. После случившегося, я понимаю, что судьба преподнесла мне действительно большой подарок. Я вновь встретилась с коллегами из Барнаула, которых не видела много лет, а самое главное — с Зиновием Соломоновичем. Несмотря на плохое самочувствие, а это видно было по его глазам, он от начала до конца работы конференции оставался гостеприимным хозяином. Говорили о будущем и ничего, казалось, не предвещало плохого. Но, тем не менее, случилось непоправимое. Ушел Человек по имени Зиновий Соломонович Баркаган. И только от нас, живущих теперь, зависит, насколько долго он будет жить среди нас.

*Руководитель лаборатории свертывания крови
Российского НИИ гематологии и трансфузиологии,
д. м. н., проф. Людмила Петровна Папаня*

Зиновий Соломонович Баркаган

В истории медицины время от времени встречаются имена людей, которые олицетворяют собой и целую эпоху в понимании механизма возникновения болезней, и пути их лечения. К таким фигурам относится Зиновий Соломонович Баркаган. Врач с 60-летним стажем, он начал работать вскоре после войны, сперва — в клинике со своим отцом, потом в Душанбе, а потом приехал заведовать кафедрой терапии в Алтайский медицинский институт, где и проработал основную часть своей жизни. Зиновий Соломонович был терапевтом широченного профиля, он одинаково легко ориентировался и в гастроэнтерологии, и в кардиологии. Ему первому принадлежит в нашей литературе описание своеобразной кардиалгии под названием синдрома Титце — необычный перихондрит пожилого возраста, имитирующий стенокардию.

Зиновий Соломонович для нас, конечно, связан с изучением системы свертывания



Когда мы были молодыми

крови. Не надо забывать, что пришел он к анализу свертывания через знакомство с ядами змей. Переваживающие свойства слюны, которыми знамениты все млекопитающие, находятся в родстве с другими функциями на иных ступенях эволюционной лестницы. Это надо было свести воедино — от функции слюны к ядам, которые гадюка впрыскивает в свою жертву и, заглотав, переваривает той слюной, которую выпрыснула в момент укуса, — до нарушения свертывания крови при укусе гюрзы и гадюк. Баркаган изучал и кобр, а однажды был укушен коброй и панически боялся ввести себе сыворотку «антикобра», потому что встречал случаи тяжелой аллергической реакции на такое введение. Он знал, как выглядит это удушье, это ощущение нехватки воздуха после укуса змеи.

Зиновий Соломонович выяснил, что при укусе гадюки или гюрзы возникает колоссальная порозность сосудов и происходит массивная кровопотеря, только не наружная, а внутритканевая. При укусе гадюки или гюрзы пациент страдает от тяжелого анемического синдрома. Баркаган предложил методы борьбы, в частности, переливание эритроцитной массы. Достижением

Продолжение на стр. 9 ➡

Начало на стр. 8 ↗

было и использование яда змей для анализа системы свертывания человека.

Конечно, важнейшая заслуга Зиновия Соломоновича — это учение о диссеминированном внутрисосудистом свертывании крови. У этого синдрома есть автор — Мария Семёновна Мачабели, описавшая его под названием «тромбо-геморрагический синдром». Но, как это часто бывает — не признают в своем отечестве пророков. И мы о диссеминированном внутрисосудистом свертывании узнали больше из литературы на английском языке, чем на русском, а потом спохватились, что первооткрыватель-то живет у нас. Но по-настоящему поняли этот синдром, только когда Зиновий Соломонович предложил лечить его с помощью больших переливаний плазмы. Трудно сказать, сколько сотен тысяч, а может быть, и миллионов людей, обязаны своим спасением этому лечению.

Старшее поколение помнит, как мы вели себя при кровотечении у лейкозного больного. Мы же цельную кровь переливали! А мудрые врачи, наблюдая наши действия, говорили, — «Знаете, сколько вы перелили, столько через час — два выльется, да еще больше...». Но мы уныло продолжали эту тактику переливания крови в ответ на кровотечение. Переливания крови пошли еще с Первой мировой войны, кому-то это помогало, а чаще — нет, тем более, что совместности тогда в общем не знали. Но оставаться в бездействии трудно. И вот, спустя десятилетия, выяснилось, что не дефицит эритроцитов угрожает жизни больного — не кровь надо переливать, а угрожает нарушение свертывания, истощение системы свертывания, и спасти может только массивное переливание плазмы. Это стало использоваться в лечении раневых кровопотерь, травматических кровопотерь, дорожных травм и кровотечений родильниц.

Позже мы поняли все вместе, что диссеминированное внутрисосудистое свертывание составляет суть заражения крови. Сепсис, правильно называвшийся заражением крови, — это не просто генерализованная инфекция, это не тяжелая инфекция вообще, но инфекция, связанная с диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, образованием микротромбов, зараженных инфекционным агентом. Это, может быть, и не тяжелая инфекция, но болезнь фатальна, если не применить огромных доз антибиотиков

наряду с плазмой, а часто — наряду с плазмой и плазмаферезом для нормализации системы свертывания.

Грандиозный конгломерат вопросов, связанных с нарушением свертывания в одной из самых тяжелых человеческих патологий — заражении крови, неотрывно связан с именем Зиновия Соломоновича Баркагана. Мы много работали вместе, и очень многое носило характер устных передач, поэтому я и не хотел бы говорить, где, кто, какая школа первая что сказала. То, что вождем советской свертологии был, безусловно, Зиновий Соломонович Баркаган, ни у кого, никогда сомнений не вызывало. Более высокого авторитета в анализе патологий системы свертывания наша страна не знала. Баркаган возглавлял целую отрасль человеческого знания.

Зиновий Соломонович и работал, и писал. Но не великий любитель был писать. В нашей жизни был эпизод, на который он жаловался. После серии лекций на декаднике, а он всегда участвовал в апрельских декадниках нашей Кафедры, я заманил его на дачу и, спрятав пальто, сказал: «Пока Вы не напишете книжку, отсюда не уйдете». Он начал кричать, жаловаться, упрекал в бандитизме, но он тогда проваливал книгу! А без книги его лекции оставались однодневками. В глубине души он понимал, что истязатель и бандит, который заманил его в капкан, в конечном счете, прав. Наутро Баркаган позавтракал, сел и, не отрываясь, дописал книгу — главное Руководство по патологии свертывания в нашей стране. Потом он писал в наших руководствах по гематологии, писал много статей, но писал гораздо меньше, чем бы мог писать. Конечно, он был лекарь, всесторонний, широкий, прекрасно знакомый с кардиологией и urgentной кардиологией.

З.С. Баркаган — интереснейший врач, врач-терапевт, никакой не гематолог, не «свертолог», а великий врач-терапевт, великий человек нашей эпохи. Каждый тяжелый раненый должен был бы вспомнить Зиновия Соломоновича Баркагана. Кровопотеря сегодня восполняется в первую очередь плазмой. И это — «по Баркагану», а не по какому-то «общепринятому методу лечения». То, что делается в этом направлении на Западе, существенно отстает от сделанного в нашей стране. Это заслуга отечественной медицины, заслуга Зиновия Соломоновича Баркагана

И вот имя этого великого человека теперь уходит в историю.

А. Воробьев

ИнТерНьюс

Наконец дождались полного собрания трудов Чарльза Дарвина

Закончена интернет-публикация этого ученого. Доступ на сайт www.darwin-online.org.uk является бесплатным для пользователей Интернет. Заканчивается многолетний проект по созданию архива великих ученых прошлого online. До этого в Интернете можно было найти труды Роберта Бойля, Жана-Батиста Ламарка (с иллюстрациями), Антуана Лавуазье, Томаса Эдисона, Евы и Лайнуса Полингов. Чтение — основа учения. В том числе на английском языке.

Теперь вы сами сможете выяснить, что же имел в виду великий создатель теории эволюции, говоря о борьбе за существование как движущей силе эволюции. Кроме сканированных страниц старинных книг на сайте есть современная версия, позволяющая вести поиск, а также осуществлена публикация рукописей, которые никогда не был и опубликованы, например, краткие записи, которые Дарвин делал во время своего плаванья на «Бигле». Предполагается, что к 2009 г. (150 лет со дня публикации «Происхождения видов») на этом сайте будут представлены все когда и где-либо выходившие публикации работ Чарльза Дарвина.

Все это происходит на фоне усиливающейся борьбы «светлых» умов человечества» против теории Чарльза Дарвина как в нашей стране, так и за ее рубежами.

Источник:
Nature, 2006, October,
собственная информация

Пожилые плохо усваивают молоко

Докторами Л. Мамаевой и С. Смирновой опубликован обзор, посвященный механизмам непереносимости молока в пожилом и старческом возрасте. Среди взрослого населения Европы непереносимость молока зарегистрирована у 1—7%, в России — у 6,2%, при патологии желудочно-кишечного тракта она достигает 30%, а у лиц пожилого и старческого возраста — 67,5%. Увеличение случаев непереносимости молока с возрастом диктует необходимость дальнейших исследований с целью уточнения механизмов этой непереносимости лицами пожилого и старческого возраста. Например, она может быть связана с патологией органов пищеварения, лактазной недостаточностью в результате физиологических возрастных изменений (атрофия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта), с пищевой аллергией. Для повышения качества жизни рекомендуется патогенетически обоснованная коррекция непереносимости молока ферментными препаратами, содержащими лактазу, пробиотики, элиминационная диета и геродиететика.

Источник:
Клиническая геронтология, 2006, № 10

Бета-блокаторы — старикам во благо

Доктором И. Комисаренко опубликован обзор, посвященный использованию бета-адреноблокаторов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний в гериатрической практике. Бета-адреноблокаторы широко применяются в качестве антигипертензивных препаратов из-за своей высокой эффективности, относительной дешевизны и доступности. Многие из них можно назначать в удобном режиме (однократно в сутки). Кроме антигипертензивного действия, β-адреноблокаторы оказывают антиангинальный и кардиопротективный эффект за счет уменьшения потребности миокарда в кислороде и снижают риск внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда, от жизнеугрожающих нарушений ритма сердца за счет повышения порога фибрилляции. Дополнительной нишей применения β-адреноблокаторов стало в последние годы их использование при хронической сердечной недостаточности, поскольку была убедительно доказана их способность снижать смертность и замедлять прогрессирование ее. В настоящее время назначение β-адреноблокаторов является обязательным при лечении больных с хронической сердечной недостаточностью любой этиологии.

Источник:
Клиническая геронтология, 2006, № 10

Проблема диагностики причин кровоточивости, кровотечений, тромбозов и тромбоэмболий в нашей стране далека от идеальной, если не сказать большего. Лаборатории медицинских организаций не имеют нормального набора методов исследования гемостаза, специализированных лабораторий в стране почти нет — их можно пересчитать по пальцам. А количество таких больных — огромно. Из-за отсутствия диагностики врачи не знают этих заболеваний, а больные не получают необходимого им лечения. Чтобы поправить эту ситуацию начинаем публиковать практикум по гемостазу. Начнем с простого — как должны быть оборудованы лаборатории, какие методы и зачем там должны выполняться. Эти схемы отработаны за много лет в алтайском центре исследования гемостаза под руководством З.С. Баркагана.

Все многообразие проблем гемостаза с точки зрения лабораторной диагностики можно свести к нескольким блокам:

- Определение природы кровоточивости;

цитов в мазке крови, оценкой количества тромбоцитов крови (в камере Горяева при фазовоконтрастной микроскопии), определением функции агрегации тромбоцитов на агрегометре (с применением таких агонистов агрегации как АДФ, коллаген, адреналин и ристоминин) и коагуляционных проб (с использованием коагулометра).

Для проведения этих исследований необходимо следующее оборудование: полуавтоматический коагулометр, микроскоп с фазовоконтрастной приставкой, камера Горяева, агрегометр, иммуноферментный анализатор с комплектом прилагаемого оборудования. Дополнительно необходима центрифуга, весы для уравнивания центрифужных пробирок, термобаня (погружной термостат с прозрачными стенками и подсветкой для исследования гемокоагуляции), полуавтоматические пипетки, секундомер, бытовой холодильник.

Скрининг для отбора больных группы риска по кровоточивости.

Включает в себя комбинацию клинической пробы (определение времени кровотечения) с микроскопией тромбоцитов в мазке крови, определением количества тромбоцитов крови (в камере Горяева при фазовоконтрастной микроскопии) и трех коагуляционных проб (с использованием коагулометра).

Оборудование: полуавтоматический коагулометр, микроскоп с фазовоконтрастной приставкой, камера Горяева.

Вспомогательное оборудование: центрифуга, весы для уравнивания центрифужных пробирок, термобаня (погружной термостат с прозрачными стенками и подсветкой для исследования гемокоагуляции), полуавтоматические пипетки, секундомер, бытовой холодильник.

Ориентировочная схема обследования для отбора больных группы риска для профилактики кровотечений в послеоперационном периоде	
Методы:	Патология
Время кровотечения по Айви	более 10—12 мин
Количество тромбоцитов в крови	менее 80—100 г 109/л
АПТВ	гипокоагуляция
Протромбиновый тест	гипокоагуляция
Концентрация фибриногена	1,0 г/л и менее

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

А. Момот

ПРАКТИКУМ ПО ГЕМОСТАЗУ

- Оценка риска кровотечений в послеоперационном (послеродовом) периоде для их последующей профилактики;
- Распознавание причин склонности к тромбозам (тромбофилии);
- Оценка риска тромбоэмболий в послеоперационном (послеродовом) периоде для их профилактики;
- Диагностика и оценка степени тяжести ДВС-синдрома;
- Контроль за лечением прямыми и непрямыми антикоагулянтами и антиагрегантами.

В первом выпуске практикума дадим сведения по диагностике кровоточивости. Диагностика причин кровоточивости предусматривает сочетание клинической пробы (определение времени кровотечения) с микроскопией тромбо-

ИнТерНьюс

Функциональная магнитно-резонансная томография позволяет регистрировать ближайшие намерения человека

Достигнутый результат можно назвать технологией чтения мыслей. Определению поддаются обострение в сознании человека расовых предрассудков, а также намерения человека лгать и проявлять насилие. В эксперименте ученым удавалось с семидесятипроцентной успешностью определять, намерен ли испытуемый сложить или вычесть два предложенных ему числа. Возможное использование этой технологии в таких сферах, как борьба с преступностью и терроризмом, обуславливает возникновение ряда этических проблем. В частности, определенные опасения наблюдателей вызывает возможность, с применением разработанной методики, достоверно определять намерения человека до совершения им противоправных поступков, а также использовать технологию для выявления истины в процессе следствия. Немаловажно и то, что способа отличить мимолетные мысли от сознательных решений в мозге испытуемого пока нет. Нейрофизиолог Джон-Дилан Хейнс, профессор немецкого Института мозга и сознания Макса Планка, заявил, что как для запрещения, так и для внедрения в массовую практику «чтения мыслей» есть свои доводы. Ученый считает, что общество должно решить эту этическую проблему. По словам Барбары Саакян, профессора нейрофизиологии Кембриджского университета, возникшие проблемы потребовали в конце прошлого года создания специального общества нейротики для обсуждения результатов исследований.

Источник:
Medportal.ru

Женщины, как кошки, реагируют на запах мужского пота

Ученые из Университета Калифорнии в Беркли пришли к выводу, что запах одной из химических составляющих мужского пота вызывает у женщин повышение уровня кортизола, усиленное сердцебиение и половое возбуждение. Результаты исследования стали первым прямым доказательством того, что люди издают запах, который влияет на гормональный фон представительниц противоположного пола. Как известно из предыдущих работ, вещество под названием андростадиеенон способно повышать настроение, половую возбудимость и активность мозга у женщин. Однако его влияние на продукцию гормонов не было определено. Андростадиеенон, являющийся производным тестостерона, содержится в мужском поте, слюне и семенной жидкости, и имеет запах, несколько схожий с запахом мускуса. Андростадиеенон включен в список запрещенных для спортсменов допинговых субстанций. Ученые измеряли уровень гормона кортизола в слюне 48 женщин, средний возраст которых составлял 21 год, после 20 вдохов над сосудом с андростадиееном. Содержание гормона увеличивалось в течение примерно 15 минут и оставалось высоким в течение часа. При этом участницы эксперимента отмечали улучшение настроения и половое возбуждение; у них повышалось артериальное давление, ускорялись сердцебиение и дыхание. Чтобы исключить, что изменение гормонального фона было вызвано только сильной стимуляцией обонятельных рецепторов, ученые проверили действие запаха кулинарных дрожжей на женщинах из контрольной группы. Данный продукт не вызвал у участниц исследования аналогичных реакций. По словам исследователей, к эксперименту привлекались только женщины гетеросексуальной ориентации, поскольку на лесбиянок традиционный «запах мужчины» может подействовать несколько иначе. Ученые не исключают, что мужской пот содержит и другие компоненты, влияющие на физиологические процессы в женском организме.

Источник:
Medportal.ru

Родился он под утро. Наверное, день был светлый, тихий и теплый. Цвели акации, пахло морем. Произошло это событие в городе Одессе, в семье интеллигентов-служащих. Отец-медик, впоследствии — профессор Одесского медицинского института, мать — учитель словесности из высокообразованной семьи. Отец был беден, но достаточно грамотен, поддерживал революцию, входил в Комитет бедноты, много учился и работал одновременно. Одно время он даже учительствовал и по поручению Комитета бедноты занимал пост директора детского дома в пригороде г. Одесса.

История безрассудного поступка отца по общению с главарем одесских банд отчасти объясняет храбрые и безрассудные поступки Зиновия Соломоновича. К числу таких можно отнести высказывания «дальше Сибири не сошлют», жестокую публичную критику общепринятой в застойные времена балльной системы подведения итогов социалистического соревнования, согласно которой участие в лыжной эстафете научных сотрудников приравнялось к написанию монографий, и его крылатую и опасную для личной карьеры фразу: «Сатана тут правит бал». Не бал, а баллы в соревновании! На вопрос о том, почему он, знаменитый ученый и врач, не вступает в члены КПСС, отвечал, что ему некогда заниматься пустопорожней болтовней, так как он время тратит на науку и лечение больных. Никогда не занимался политической деятельностью и на предложения примкнуть к какому-нибудь общественно-политическому движению всегда отвечал отказом.

Из раннего детства помнил, что плохо ел, и его водили на конюшню. Таинственные влажные глаза молчаливых лошадей завораживали, и маленький мальчик пил обязательный рыбий жир и съедал все, что ему предлагали. Брали с собой на Привоз. Взрослые выбирали, торговались, «делали базар», и эту любовь к рыночному изобилию овощей, фруктов, рыбы, шуму пестрой толпы торговцев и покупателей пронес через всю жизнь. Если приезжал в командировку в Среднеазиатские республики или на Украину, обязательно шел на базар. Долго и тщательно выбирал дыни, несмотря на протесты сослуживцев, покупал и с аппетитом ел вареную, посыпанную крупной солью кукурузу; говорил, что в Одессе ее называли «пшенкой».

Он был кумиром семьи. Родившиеся позже сестры-близнецы не убаивали любви и обожания к Зиновию. Рос, как большинство детей того времени, немного голодным, довольно свободным. Много времени проводил с друзьями на море, ловил бычков. Пробовал курить на лимане и подавился табаком, сжег шторы в своей комнате во время эксперимента с керосином.

Помнил школьных учителей, некоторые из которых повлияли на формирование взглядов на жизнь, искусство, политику и во многом предопределили его будущую деятельность.

Впоследствии долго не мог определиться, что ему ближе: медицина (отец — врач), или литература (мать — филолог и одна из самых обожаемых учительниц — учительница литературы из семьи потомственных фрейлин при царском дворе, занесенная из Санкт-Петербурга в Одессу ветром революции и гражданской войны, и он параллельно учится на факультете журналистики университета).

Выбор сделала война. И он стал врачом. Но любовь к словесности, знание русского (и не только русского) языка, литературы, умение самые сложные понятия изложить просто, доступно и коротко, блестящие ораторские способности остались навсегда. «Температура не упала, а снизилась, диагноз не выставлен, а поставлен, автор не сказала, а сказал, если даже он — женщина» и т. д. Он не уставал нас учить этому. Читая статьи и диссертации, сердился, если стиль изложения был корявым, а фразы — безграмотными. После его правки работа играла, как граненый алмаз. Вся ее суть становилась ясной, понятной, а он, смеясь, говорил, что лишь «почистил работу, убрал мусор и все лишнее». Про плохие, громоздкие работы говорил, что надо вычеркнуть каждую вторую строчку, смысл не изменится, так как его все равно нет, зато текст будет в два раза короче. И он делал это без жалости и сожаления. Поля пестили репликами: «бред», «чушь», «ерунда».

О войне вспоминал мало; лишь однажды признался, что из двух самых мучительных ощущений того времени холод переносил тяжелее, чем голод. Подрабатывал в кабинете функциональной диагностики госпиталя, записывал ЭКГ и ночевал там же в дни дежурств, зато ужинал и завтракал больничной кашей. Рассказывал, как профессора часто приглашали к себе домой «обсудить научные идеи» и подкармливали из скудных запасов наиболее ослабевших студентов. Но учились качественно, старательно, осваивая за один учебный год программу двух курсов. Влюбился и женился, безошибочно выбрав умную, красивую, благородную и беспрдельно преданную ему девушку. В своей новой семье он вновь стал кумиром. Ида Михайловна, названная им «декабристкой», взяв на себя все тяготы по организации быта и воспитания детей, ухитрилась еще «на полную катушку» работать педиатром, а он был освобожден от всего этого для научной и лечебной деятельности. Потом, уже после смерти жены, он скажет: «Таких больше нет. Она любила меня», и останется вдовцом на оставшиеся 12 лет. О создании новой семьи не могло быть и речи.

О Нем

(к 82-летию со дня рождения члена-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки РФ, лауреата государственной премии СССР, академической премии имени М.П. Кончаловского, д. м. н., профессора Зиновия Соломоновича Баркагана)

Диплом врача получил уже в Одессе после окончания войны. Работая врачом-лаборантом и ординатором в клинике госпитальной терапии у академика М.А. Ясиновского, легендарного главного терапевта Черноморского флота, чемпиона Одессы по боксу и блестящего врача, выполнил и защитил кандидатскую диссертацию «Исследование сосудодвигательной реактивности на холод при гипертонической болезни и других внутренних заболеваниях». Пригодились знания и опыт, накопленные во время работы в кабинете функциональной диагностики. Вот уж воистину —

«рукописи не горят». Кто-то сказал, что эту закономерность можно назвать правилом «спирали». Вернуться к прежней проблеме, но решить ее на качественно более высоком уровне. И, следуя этому правилу, он вновь, уже с семьей, возвращается в Среднюю Азию, в Таджикистан (от родных, учителей, перспективной карьеры).

Что осталось в памяти со времен студенческой жизни в эвакуации? Большое количество больных с

отравлениями от укусов и ужалений змеями, пауками, скорпионами; беспомощные неэффективные попытки оказать первую помощь; тяжелые тромботические и геморрагические осложнения; некрозы и ампутации конечностей и т. д.

Он вступает в схватку с этой проблемой. Работал, а его слов, как каторжный. Попутно участвовал в ликвидации эпидемии черной оспы на Памире, читал лекции студентам. Итогом этого периода стали докторская диссертация «Диагностика и лечение отравлений ядами змей и членистоногих Средней Азии», новые методы лечения интоксикаций, сохранившие жизнь и здоровье множеству людей, известность и уважение в среде больных, врачей, биологов, герпетологов, зоотоксикологов, статьи, книги.

Осталась убежденность, что неотъемлемым патогенетическим механизмом отравлений являются изменения свертываемости крови. Позже он признается, что первое упоминание о фазных изменениях процесса гемокоагуляции, как проявлении токсигенного ДВС-синдрома при интоксикации змеиным ядом, встретил в трудах восточного мудреца и врача-лечебника Джурджани в книге «Сокровище Хорезмшаха», найденной в развалинах старинной библиотеки. И он «заболел» этой проблемой. Теперь система гемостаза, кровотечения, тромбозы, ДВС-синдромом становятся основными в его лечебной и научной деятельности. Более 600 печатных работ, более 20 изобретений, более 80 кандидатских и более 30 докторских диссертаций; десятки монографий, глав в руководствах, разделов в справочниках, методических пособий, протоколов и отраслевых стандартов. Тысячи спасенных пациентов.

Известность перешагнула пределы Алтайского края, где он жил и трудился ровно 50 лет. Зиновий Соломонович известен в России и за рубежом, его мнение — закон, он — корифей. Его идеям тесно в рамках одной специальности и одной проблемы, поэтому его работы имеют междисциплинарное значение, их результатами пользуются врачи разных специальностей. Среди его учеников — хирурги, онкологи, рентгенологи, анестезиологи, акушеры-гинекологи, педиатры, инфекционисты, биологи, фармакологи и др. Его труды выявляют и обозначают общие, неизученные ранее закономерности и патогенетические механизмы развития многих наиболее тяжелых заболеваний и катастрофических и неотложных состояний. Предложенные им новаторские методы лечения этих состояний проходят проверку при ряде трагических событий и катастроф, в том числе при землетрясении в Армении (краш-синдром) и Чернобыльской аварии (инфекционно-токсический ДВС-синдром у облученных ликвидаторов) и демонстрируют высокую эффективность. Он становится лауреатом Государственной премии, его методы широко и повсеместно внедряют в практику.

Член многочисленных Российских и международных обществ и Комитетов, редакционных коллегий ведущих научных журналов, эксперт ряда медицинских направлений, руководитель Федеральных программ и Проблемных Комиссий... Многочисленные доклады на симпозиумах, съездах, конференциях, зарубежные поездки, работа с фармацевтическими фирмами, консультации приезжих больных. Казалось, его время растянуто в бесконечность. За один день он успевал сделать сотню важных дел. Мы не успевали за ним. А он говорил, что очень спешит, так как у него осталось времени гораздо меньше, чем у нас, и он хочет успеть сделать как можно больше.

Прилетев в 6 часов утра из командировки московским рейсом, в 9 часов он всегда уже был на рабочем месте с новыми идеями, впечатлениями и журналами, сборниками, книгами. Своим темпом и образом жизни он опровергал общепринятые догмы. Не занимался спортом, смеялся над «убегаящими от инфаркта», долго и много курил, сутками просиживал над книгами, работал по ночам, ел мало и едва ли помнил, что съел, то же делал и на «отдыхе». Его «золотая» голова работала четко, как мощный компьютер, выдавая все новые и новые идеи. Имел особое мнение о статистике, высмеивая тех, кто в погоне за достоверными показателями забывал о логике и здравом смысле. Его хлесткая фраза о том, что не нужно для статистической значимости десять раз отрубать кроликам голову, чтобы доказать, что без нее они не смогут жить, служит тому примером.

Продолжение на стр. 11 ➤

Начало на стр. 10 ↗

В его коллективе не было серьезных разногласий. От этого «недуга» было одно идеальное средство — он так нагружал сотрудников работой, что на остальное не оставалось времени. Это «архитектурное» правило (если стена здания даст трещину, нужно усилить нагрузку на несущие конструкции) срабатывало всегда.



Кафедра, Федеральный центр гемостаза, филиал ГНЦ РАМН, что еще?

Как с ним работалось? Трудно, порой очень трудно. Но добровольно от него никто не уходил, пытались остаться даже тогда, когда он выгонял. Много ругал, при этом умных и талантливых ругал чаще и больше, зная их потенциал, а менее талантливых — меньше (что с него возьмешь?). Те, кто с ним работал, и «кого он приручил», при всей неодинаковости чувствовали одно и тоже: гордость за приобщенность к большому, важному и нужному делу. А еще в нем иногда просыпался ребенок, и он начинал удивляться и радоваться. Так было, когда получил в подарок

аквариум с рыбками. «Знаете, как эти красные червячки (корм для рыбок) спасаются, чтобы их не съели?» — спросил он нас. «Я наблюдал за ними весь вечер. Они сбиваются в плотный шар, и рыба не может из него выдернуть ни одного червяка! Это ведь коллективный разум, и коллективный способ защиты!» Он был в восторге от своего «открытия».

Последний год много болел. Болел физически, но разум и интеллект были прежними, просто быстрее уставал. Мы, врачи с большим клиническим опытом, все же надеялись на чудо. Накануне последнего дня весь рабочий день провел в клинике в обычном «неотложно-аварийном» режиме. Как всегда элегантный, в свежей рубашке, красивом галстуке, подтянутый, чуть более бледный, чем обычно. Вечером позвонил на домашний телефон и, что случилось крайне редко, говорил не о работе, статьях, больных, а просто о жизни. Напоследок сказал неожиданно:

«Я вас всех очень люблю».

На следующий день его не стало. Умер он рано утром, собираясь на работу, полный идей, планов, замыслов. Их было столько, что нам, оставшимся, вероятно, не хватит времени и сил, чтобы выполнить задуманное им. Но будем стараться продолжить дело его жизни. Мы любим и помним Вас, Зиновий Соломонович.

Ваши ученики:

А.П. Момот, Л.П. Цыпкина, Г.В. Сердюк, А.Н. Мамаев и многие, многие другие.

Как получать нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также 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, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.
Газета высылается БЕСПЛАТНО

Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г., д.м.н., профессор
- Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог
- Чупин А.В., д.м.н., ангиохирург

Программа заседания:

- Круглый стол
- Обсуждения
- Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

- Основной доклад
- Выступления оппонентов
- Доклад спонсора

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

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

ТЕПЕРЬ БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА МОЖНО ЛЕЧИТЬ

Это малоизвестная в России патология, которой страдают в нашей стране до 1,5 миллионов человек

Болезнь Виллебранда проявляется кровотечениями:

- Частые носовые и десневые кровотечения, не связанные с травмой
- Длительные и обильные менструальные кровотечения
- Кровотечения при удалении зубов
- Продолжительные кровотечения при хирургических операциях
- Возможны гемартрозы и желудочно-кишечные кровотечения

Впервые болезнь обнаружена русским врачом Э.А. фон Виллебрандом в далекой финской деревне на рубеже 19-го и 20-го веков. Болезнь Виллебранда — наследственное заболевание, при котором недостаточно синтезируется фактор Виллибранда или он синтезируется в «неправильной» форме. Наследуется аутосомно с одинаковой частотой у мужчин и женщин — 1—2% в популяции.

Поставить предварительный диагноз может любой врач при длительных или повторяющихся кровотечениях из носа или десен, обильных менструациях, кровотечениях при удалении зубов и операциях, постоянных синяках на коже, кровоизлияниях в сустав.

Если Вы заподозрили болезнь Виллибранда, нужно отправить больного в центр, где можно диагноз подтвердить:

Москва:

Гематологический научный центр РАМН, Ново-Зыковский проезд, 4а, Диспансерное научно-методическое отделение для больных гемофилией.
Контактные телефоны: 8 (495) 612 49 60, факс 8 (495) 614 90 49
Измайловская Детская клиническая больница, Москва, ул. Верхняя Первомайская, 48/15, Гематологический центр.
Контактные телефоны: 8 (495) 465 23 19, факс 8 (495) 465 60 83

Санкт Петербург

Городская поликлиника № 37, ул. Гороховая, дом 6, Городской центр по лечению больных с гемофилией.
Контактные телефоны: 8 (812) 315 48 71, факс 8 (812) 312 82 43

Вятка

Кировский НИИ гематологии и переливания крови, г. Киров, ул. Дерендяева, дом 84 региональный центра по лечению больных гемофилией.
Контактные телефоны: 8 (833) 67 51 96

Барнаул

Алтайский филиал Гематологического научного центра РАМН, г. Барнаул, Алтайский край, ул. Малахова, дом 51.
Контактные телефоны: 8 (3852) 414504

Приглашение

«Ревматизм.
Мы победим?»

24 мая 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Инфекции
подстерегают
нас в Москве
и Подмоскovie»

3 апреля 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям



Вилате®

Концентрат VWF/FVIII
Нового Поколения

Физиологически сбалансированный
препарат для эффективного лечения
пациентов с болезнью Виллебранда

- Двойная вирусная инактивация
- Высокая степень очистки для хорошей переносимости
- Физиологически сбалансированное соотношение VWF/FVIII
- Доказанная эффективность и переносимость
- Быстрая растворимость в малых объемах

octapharma

За безопасное и оптимальное использование плазмы

Российская Федерация, 121099, Москва,
Смоленская пл., 3, Смоленский Пассаж, БЦ Перус.
Тел.: +7(495)937 80 59 Факс: +7(495)937 82 76
www.octapharma.com

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Ке-кер, А.И. Кириенко, 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.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. Шостаков, 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 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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

ТЕПЕРЬ БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА МОЖНО ЛЕЧИТЬ

Фактор Виллебранда прикрепляет тромбоциты к поврежденной сосудистой стенке, что останавливает кровотечение, и обеспечивает нормальную работу фактора VIII (отсюда — «гемофилия»).

Существует 3 типа заболевания:

1 тип — наиболее распространенный (до 80%), уровень фактора Виллебранда снижен. Обычно не встречаются спонтанные кровотечения, но обильные кровотечения при травме или после хирургического вмешательства.

2 тип — (15%) качественные повреждения фактора Виллебранда. Существует 4 подтипа заболевания: 2А, 2В, 2М, 2N. Клиника выражена незначительно.

3 тип — (5%), содержание фактора Виллебранда резко снижено или он практически отсутствует. Проявляется тяжелой формой спонтанных кровотечений как при гемофилии.

Выделяют 3 степени тяжести болезни Виллебранда:

Легкая форма — уровень фактора больше 30%. Клиническая симптоматика маловыражена. Геморрагические эпизоды несколько раз в год. Связаны с травмой или операциями.

Средне-тяжелая форма — уровень фактора 5—30% от нормального, умеренно-выраженный геморрагический синдром, спонтанные носовые, десневые кровотечения.

Тяжелая форма — уровень фактора 1—5% от нормального, геморрагический синдром проявляется уже в детском возрасте: частые и продолжительные носовые и десневые кровотечения, подкожные кровоизлияния, опасные для жизни желудочно-кишечные кровотечения, иногда — гемартрозы крупных суставов и гематомы («женская гемофилия»). У женщин отмечаются обильные маточные кровотечения.

Диагноз устанавливается на основании комплексного изучения наследственности, оценке клинических проявлений и исследования показателей плазменного и тромбоцитарного свертывания крови.

Для **лечения** пациентов с 1-м типом болезни при кровотечении назначается Десмопрессин. Для лечения больных со 2-м типом используются препараты, содержащие концентрат фактора Виллебранда и фактора VIII, их вводят внутривенно.

Важно: пациенту с болезнью Виллебранд одинаково необходимо восполнить дефицит фактора Виллебранда и фактора VIII, который переносится фактором Виллебранда. Необходимо назначение препаратов, содержащее их оптимальное количество и соотношение.

Вилате

- единственный препарат, специально разработанный для лечения этой патологии с физиологическим соотношением факторов 1 : 1, получается по специальной технологии из донорской крови с двойной вирусной инактивацией;
- эффективность доказана в проспективных клинических исследованиях.