



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

...На высоком сосновом берегу Белого озера, что в Кохановке, записывал я Блюма, Ваши воспоминания. Было дождливо, мы соорудили с детьми Идола из полена, но дождь не прекращался. Мы сожгли идола, но и это не помогло. Тогда мы эмигрировали в деревню, на сеновал к польской бабушке, которая рассказывала нам, как зверствовали литовцы до войны и после ее начала, когда пришли немцы.

Бумаги у меня не было — тогда это был дефицит, записывать приходилось на обороте карты Магаданской области. Я специально взял ее с собой, чтобы Вы показали, где что находится, где «отдыхали» вы с моей бабушкой. Мы гуляли по сонному чистенькому Швенченису, мимо дома, в котором останавливался Наполеон (или его остановил там Лев Толстой в романе «Война и мир»), мимо лопухов, в которых собирали улики для французских ресторанов до того момента, как построили рядом Игналинскую АЭС.

Я приехал на машине в этот городок через двадцать лет. Первый раз я был маленьким, мне было лет 5 или 6, и я точно помню, что мне прокусила палец ваша болонка, когда я свесил руку с кушетки. Мы плавали тогда по Жаймене и на берегу одного из озер увидели тысячи гниющих рыб — их чем-то отравили.

Спустя много лет, мы пробрались из Пушкинских Гор по дороге, которая была обозначена в атласе как федеральная трасса, но отсутствовала в реальности — лишь пыльный проселок, местами исчезающий в поле, связывал Россию и Латвию. Это был 1985 год, Чернобыль еще не взорвался, а я защитил диссертацию. Для этого мне пришлось купить старенький запорожец, которому отказались выдать номера и у которого не работал аккумулятор. Галя (жена) научилась толкать его, а я легко заводился с ходу. В Даугавпилсе, прямо напротив знаменитой тюрьмы, у нас кончился бензин, и я ездил на такси с канистрой. А потом по роскошному шоссе мы въехали в центр Швенчениса. Я подъехал к Вашей пятиэтажке и зашел в Вашу квартиру без ошибки, сработала, вероятно, «генетическая память».

На встречу вышел Калман и несколько минут не мог понять, поверить, что это я. Мы Вас не предупредили, все родилось спонтанно. Но как снег на голову, доехали. Вы прибежали с работы. Говорили, обсуждали знакомых и родственников. А потом мы жили в палатке под городом на берегу озера, собирали грибы, ездили с Вами за черникой, которую надо было собирать только стоя на коленях на земле. Бескрайние черничные поляны, вкуснейшее в мире варенье.

А вечерами, когда Вы заканчивали работу, мы приехали в город за сыром и колбасой, и Вы рассказывали. Вот эти записи...

Ее первая тюрьма в Магнитогорске была как и все прочие тюрьмы, но видевшие виды старые тюремщики и побывавшие еще в царских тюрьмах революционеры, утверждают, что современные тюрьмы резко отличаются от прежних. К примеру: бывшие ранее нормальные окна уменьшились до размера форточки с частой решеткой и металлическим зонтом. Таким образом луч солнца никак не мог проникнуть в камеру да и просто света было очень мало.

«В камере царили сплошные сумерки. В двери «волчок» — отверстие примерно семь на семь сантиметров — из коридора прикрывалась металлической шторкой, которую по своему усмотрению открывал и закрывал надзиратель. Через этот «волчок» отделенный надзиратель постоянно заглядывает в камеру, отдает распоряжения — «наводит порядок», требует, чтобы заключенные строго выполняли тюремный режим. Его злые окрики следуют один за другим: не лежать, не говорить шепотом, не смотреть в сторону окна, хотя из-за козырька в него все равно ничего не видно.

В камере стояло 5–6 коек, то есть столько, на сколько была первоначально рассчитана камера, теперь же, когда план по заключенным усиленно перевыполняется, помещается в 8–10 раз больше. Кому не хватило коек, приходится спать на полу. Последнее место у двери, рядом с парашей. У вновь прибывших это слово иногда поначалу ассоциировалось с женским именем и спрашивали, кто она такая «Параша», наверное, очень уважаемая женщина, если в камере постоянно произносят ее имя. А когда им объясняют что это такое и демонстрируют на практике, как с ней следует обращаться и для наглядности приподнимают крышку, то у новичков глаза расширяются от ужаса. Остальные поневоле улыбаются, что бывает очень редко.

Параша — это большая металлическая бочка, чаще всего ржавая, с нередко обломанными по ветхости ручками. Она выполняла функции туалета. В настоящий туалет на так называемую оправку водили дважды в день группами по 15–20 человек. Сеанс длился всего 10–15 минут, мест — «очков» — в туалете всего два-три. Не все успевали сделать там свои дела, ибо очередь не успевала дойти, тогда уж приходилось свои дела делать в камере на парашу. Она к твоим услугам круглые

приходилось ложиться новичкам. В камере все постоянно чего-то ждуть, хотя никто толком не знает, чего можно ждать. Ну, конечно, все ждуть вызова к следователю. Все, и я в том числе, убеждены, что сумеют доказать ему свою невиновность, что ты честен перед людьми и богом и прежде всего перед Родиной. Ты был уверен, что не имеешь отношения к тем преступлениям, о которых рассказывали товарищи по камере, уже побывавшие там. Ты не мог ручаться за своих сокамерников,

которых не знаешь, но за себя то ручаться было можно. Я была просто уверена в том, что это все злое наваждение и что я обязательно докажу свою правоту. Тем более, что в последнее время и по радио говорили, и в газетах писали, что диктатуре пролетариата не нужны жертвы. Я с нетерпением ждала своего желанного часа — следствия, чтобы доказать свою невиновность. Так думала не только я, так думали многие, наверное, большинство пока твой желанный час не настал, пока не началось следствие. Правда, слушая нас более старшие заключенные, уже прошедшие следствие, горько улыбались и утешали нас, молодых, еще не опытных двадцатилетних: «Да, дитя мое, ты непременно докажешь следователю свою правоту, стоит только тебе встретиться с ним». Так утешали нас наши добрые и умные матери и бабушки. Из их рассказов мы могли сделать для себя кое-какие выводы, но, не пройдя эту страшную школу, мы надежды не теряли.

Но действительность оказалась совсем не та, на которую мы надеялись, и правда оказалась не та, которую так ждали в долгие беспоконные дни и бессонные ночи. Следствие велось по ночам, а ночь отнимала и те немногие силы, которые оставались. Сопrotивляться не хватало сил, да и сопротивление было бесполезным.

Так прошло месяцев шесть. Нас, приблизительно человек 30–40, вызывают с вещами. Нам не сказали, что будет с нами, а повели бесконечными коридорами, мы то опускались по ступенькам вниз, то поднимались вверх, пока не очутились в большой камере. И опять полная неизвестность и бесконечные тревожные вопросы: «Куда теперь? Что от нас хотят? Что нас ожидает?» Постепенно перезнакомились со своими новыми товарищами, правда с некоторыми уже встречались раньше, во время кочевков из камеры в камеру. Все возбуждены и встревожены.

Наконец «желанный» час наступил, нас стали вызывать, но уже без вещей. Привели нас в комнату, где сидело много военных и не только за столом, но и по углам. По очереди вызывают по фамилиям и объявляют, что твое дело окончено, твоя вина доказана и ты осуждена на такой-то срок. Читай и подписывай. На небольшом клочке бумаги напечатаны твои фамилия и имя и что ты за контрреволюционную деятельность осуждена на 10 лет северо-восточных лагерей. Ты возмущаешься: как это можно, где закон? Я не подпишу! А тебе отвечают, что сразу видно, кто ты есть. Ведь срок для такой стервы, для такого контрика, как ты, очень мягкий. А впрочем, можешь и не подписывать, мы это и отметим...

Так я со своими десятью годами вернулась в камеру. Постепенно пришли и другие товарищи по несчастью. В камере царила гробовая тишина. Все как будто окаменело. Всех страшит мысль: десять лет! И люди уже не спрашивают, за что и почему, просто душу охватывает страх: продумать только — десять лет! Слышишь, как гулко стучит сердце, а голова, кажется, вот-вот лопнет от страшных мыслей. Хочется бороться с силами и подпрыгнуть до потолка, чтобы потом упасть замертво. И в этой обстановке мы прожили три дня, не зная покоя, не зная сна.

На третий день нас вызвали «с вещами». Вывели нас во двор, там стояли грузовые машины. Приказали залезать в них. В кузове по всем углам сидела вооруженная до зубов охрана. Удивительно, что это мероприятие

Блюма — по-еврейски — иветок

П. Воробьев



Швенченис: старая синагога

сутки. К ней заключенные, конечно, не питают никаких нежных чувств.

Исключение только одно, когда через волчок от надзирателя поступит команда: «Параша!». Тогда вокруг нее начинается настоящее столпотворение, все стремятся удостоиться чести вынести ее. Во-первых, ты хотя бы на несколько минут выйдешь из душной камеры в коридор, во-вторых, ты можешь случайно встретить кого-либо из заключенных из других камер — парашу выносили все, в том числе и мужчины. Хотя вероятность такого случая и была небольшая, но она все-таки была. А тогда можно было получить и какую-нибудь свежую информацию. Конечно, без слов — разговаривать категорически было запрещено, а обменивались жестом и взглядом. По таким поводам в камере рассказывают прямо чудеса: кто-то встретил своих близких, что-то узнал об отце, матери, муже, детях...

А тем новеньким, которым приходится занимать место рядом с парашей, не позавидуешь. Одно счастье, что все невечно. В камере довольно большое движение в ее составе, заключенные уходят на этапы, кого-то вызывают «с вещами» — переводят в другие камеры и тюрьмы, кто-то вообще отправляется в последний путь. Но никто не знает, по какой причине его вызывают, как распорядится им судьба.

Однажды нас переводили из одной камеры в другую. Когда открылась дверь нашей новой камеры, мы увидели заполненное до краев людьми помещение и в нем, о, ужас!, все заключенные стояли кто на полу, кто на кроватях, кто на нарах второго этажа. Каждая в руках держит кто майку или рубашку, кто трусы или бюстгальтер, кто полотенце. И все вверх и вниз машут этими вещами, кажется, что перед глазами происходит какой-то невероятный танец. Конвой насильно впишу нас в этот сумасшедший дом и быстро запер за нами двери. Мы застыли у дверей. И вдруг услышали, обращенную к нам, нормальную человеческую речь: «Дорогие товарищи, входите, не бойтесь». Оказалось, что обитатели камеры только что вернулись из бани, где, не смотря на запрет, постирали белье, а вешать его не разрешают, да и не на что. Вот теперь и сушат вещи таким образом.

В камере же в те времена пустое место пусто не бывало. Как только кто покидал камеру, все приходило в движение, все стремились перейти подальше от парашы, но двигались по строгой очередности. Около нее

ИнтерНьюс

К разработке концепции развития здравоохранения привлекли критика Зурабова

Минздравсоцразвития РФ создало комиссию по разработке концепции развития отечественного здравоохранения до 2020 года. В работе над проектом концепции принимают участие многие видные критики бывшего главы министерства Михаила Зурабова. В частности, в утвержденный Татьяной Голиковой список разработчиков проекта вошли руководитель Центра им. Бакулева Лео Бокерия, председатель Комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения Леонид Рошаль, президент РАМН и руководитель НИИ им. Блохина Михаил Давыдов, председатель комитета Госдумы по охране здоровья Ольга Борзова, директор Лечебно-реабилитационного центра Росздрава Константин Лядов, а также заместитель главы Минздравсоцразвития Владимир Белов и главный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко. Михаил Давыдов, давно предлагавший Правительству собственный план по оздоровлению ситуации в отечественном здравоохранении, провел в Онконцентре им. Блохина первое совещание, посвященное разработке основных предложений для новой концепции. Выступая на совещании в Минздравсоцразвития, Татьяна Голикова пообещала, что разработка нового проекта будет максимально открытой для общественности. По словам министра, одной из площадок для обсуждения проекта станет специализированный интернет-сайт, открытие которого запланировано на ближайшее время. «Разрабатываемая концепция — не лозунговый документ — подчеркнул Голикова. — Это перечень конкретных механизмов, предложения по изменению во многом устаревшей нормативно-правовой базы, показатели и индикаторы для контроля. При этом главным ориентиром в работе над документом для нас служит удовлетворенность населения в доступной и качественной медпомощи».

Источник: medportal.ru

Идет охота на врачей, идет охота...

Наро-Фоминский городской суд Московской области вынес приговор в отношении врача-офтальмолога поликлиники посёлка Киевский, по вине которого скончалась пациентка Л. Заболотневу признали виновной в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей и приговорили к 1,5 годам лишения свободы условно. 61-летняя женщина, страдающая бронхиальной астмой, пришла на прием к офтальмологу 29.01.07 года. Установлено, что сведения о заболевании и имеющихся в связи с этим противопоказаниях были указаны в амбулаторной карте пациентки. Тем не менее, врач выписала и закапала в глаза пациентке лекарство, которое ей было категорически противопоказано (по некоторым данным, это был антиглаукомный препарат Окумед). Через 15 минут у женщины произошла остановка сердца, и она впадала в состояние комы. Офтальмолог Л. Заболотнева полностью признала свою вину и раскаялась в содеянном. С учетом всех обстоятельств дела женщине суд назначил ей условный срок и лишил права заниматься врачебной деятельностью в течение 1,5 лет. Еще один обвинительный приговор в отношении медика был вынесен Приморским районным судом Санкт-Петербурга. Врача-терапевта поликлиники № 49 признали виновной в покушении на получение взятки и приговорили к 3 годам лишения свободы условно. Летом прошлого года участковый врач была застигнута сотрудниками милиции в момент получения 500 рублей за выдачу фальшивого больничного листа.

Прокурор Якутска утвердил обвинительное заключение по уголовному делу в отношении заведующего урологическим отделением Центра Национальной медицины Минздрава Республики Саха. Врачу предъявлено обвинение в причинении тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенном вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Согласно материалам дела, врач принял решение о проведении операции по удалению почки «тщательно не изучив результаты обследования и медицинские документы пациентки», «руководствуясь заключениями других специалистов». В результате операции, состоявшейся в декабре 2006 г., пациентка лишилась здоровой почки. Максимальное наказание по предъявленному хирургу обвинению составляет 2 года лишения свободы.

Источник: medportal.ru, mta.ru

Конференция по перспективам развития рынка медицинского оборудования в Восточной Европе прошла в г. Братислава, Словакия, 28–29 января 2008 года. Конференция собрала представителей академической сферы, медицинского бизнеса, чиновников более чем 10 стран. Среди выступавших был отмечен Министр здравоохранения Польши. С докладами выступили зав. лабораторией управления качеством медицинской помощи и проблем медицины, основанной на доказательстве, отдела стандартизации в здравоохранении НИИ ОЗиУЗ ММА им. И.М. Сеченова, проф. М.В. Авксентьева и исполнительный директор МОО «Общество фармакоэкономических исследований» О.В. Борисенко.

Большинство докладов было посвящено оценке рынка медицинского оборудования, проблем, стоящих перед отраслью, значению оценки медицинских технологий для принятых решений. Вот некоторые факты. Так, на сегодняшний день в Европе отмечено около 500 000 наименований медицинского оборудования и действуют всего около 3000 производителей. В 2005 году продажи медицинского оборудования в Европе составили 64 млрд ЕВРО, что составляет 1/3 часть от общемировых продаж. Среди общеевропейских расходов на здравоохранение расходы на медицинское оборудование составляют 6,1%.

Доклады россиян касались состояния экономики здравоохранения и регулирования рынка медицинского оборудования в России: регистрация, стандартизация, экономика. Проф. М.В. Авксентьева рассказала о том, что экономические оценки хотя и декларируются в качестве необходимых для медицинского оборудования, в реальной жизни применяются лишь для оценки затратной эффективности использования лекарств. Проблему представляет также то, что большинство лиц, принимающих решения, не знают, как использовать экономические оценки, в России не определен порог затратной эффективности для государственных инвестиций, множество исследований плохого качества. Однако эти

Перспективы рынка медицинского оборудования в Восточной Европе



О. Борисенко

проблемы обсуждаются, а, значит, есть надежда на их разрешение. Большое значение для развития клинко-экономического анализа имеет деятельность Общества фармакоэкономических исследований (президент — проф. П.А. Воробьев). Когда речь зашла о системе регистрации медицинского оборудования в РФ, по залу прокатился глухой вздох сожаления. Европейским производителям, большинство из которых представлены на российском рынке через свои представительства или дистрибьюторов хорошо знакомы проблема — регистрация оборудования, как и регистрация лекарств, может длиться годами и стоить сотен тысяч долларов. Отчасти это происходит из-за того, что критерии регистрации не определены, и регистрация доступна только в Москве. Другая важная проблема — отсутствие классификатора медицинского оборудования, из-за чего использование Реестра зарегистрированного медицинского оборудования становится крайне неудобным. Важнейшей перспективной стандартизации является соотнесение медицинского оборудования медицинским процедурам в стандартах медицинской помощи. Работа в этом направлении только начинается.

Интересны данные об объеме российского рынка медицинского оборудования. По неофициальным данным, общий объем рынка в нашей стране в 2007 году составил 1,818 млрд долларов США. Для сравнения, в Польше — 1,685 млрд долларов США, в Хорватии — 223 млн долларов США, в Эстонии — 147 млн долларов США, в Чехии — 772 млн долларов США. Среди стран Восточной Европы российский рынок оборудования вне конкуренции. Но это только если не брать в расчет численность населения. При расчете подушевого показателя в России он составил 13 долларов США на человека, в Польше — 44 доллара США, в Хорватии — 50 долларов США, в Эстонии — 114 долларов США, в Чехии — 76 долларов США. Уступают России лишь Румыния (12,4 долларов США) и Украина (6 долларов США).

Денег на медицинское оборудование, несмотря на Национальный проект «Здоровье», тратится мало, и зачастую траты не эффективны. Но одними дополнительными вливаниями ситуацию не исправить. Необходимо оценивать экономическую и клиническую целесообразность закупок. Многого для этого не нужно: было бы желание, а методология известна.

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В генезе хронической боли, как было установлено в последние годы, среди прочих условий большую (но не исключительную) роль играет психический фактор. Если острая боль справедливо рассматривается как симптом, то хроническая боль может приобретать черты болезни, которая проявляется не только болью, но и вегетативными, эмоциональными и другими психическими нарушениями, формирующим неадаптивное болевое поведение.

Таким образом, складывается ситуация, при которой исследование боли превращается в глобальную и в высшей степени актуальную проблему, которая интенсивно изучается внутри отдельных медицинских специальностей. К последним относятся кардиология, гастроэнтерология, ревматология, хирургия, онкология, анестезиология, неврология, нейрохирургия, паллиативная медицина, физиология и многие другие медицинские специальности.

В США создано свыше 2000 клиник и центров по изучению и лечению боли. Получил распространение термин «медицина боли». В соответствии с этой тенденцией, Конгресс США объявил 2001–2010 годы декадой контроля над болью и науки о боли. Более того, алгология как наука о боли признана в США самостоятельной медицинской специальностью и 3 американские ассоциации проводят сертификацию врачей по боли. Появились специальные журналы, целиком предназначенные для освещения проблемы боли.

Такая тенденция в последние годы отчетливо просматривается и в России. Этот процесс повсеместной актуализации проблемы боли не является случайным и отражает назревшую необходимость интеграции отдельных дисциплин, изучающих различные аспекты боли, в рамках одного научного направления, получившего название алгологии. Среди многих дисциплин, имеющих отношение к изучению механизмов боли, центральное место, по-видимому, должна занять неврология. Совершенно очевидно, что неврология ближе других медицинских специальностей стоит к нейрофизиологии и нейрохимии, на достижениях которых зиждется все современное здание учения о боли. Однако неврология еще не вышла на себя в полной мере роль такой координирующей функции по отношению к исследованию проблемы боли. Это то, что еще предстоит сделать в ближайшем будущем.

Первый день конференции был «неврологическим». Симпозиум «Хронобиологические аспекты депрессии» был посвящен новым возможностям лечения депрессии, появившимся благодаря разработке лекарственных препаратов, корректирующих нарушения хронобиологических ритмов у пациентов. А.М. Вейн был инициатором создания и первым президентом Российской ассоциации по изучению головной боли. В продолжение традиции на «Вейновских чтениях» был проведен симпозиум «Новое в диагностике и лечении головной боли».

В первый день конференции профессора А.Б. Данилов и М.Л. Кукушкин провели клинический разбор пациентов с

В Москве в Доме учёных РАН 5–6 февраля 2008 г. проходила конференция «Вейновские чтения», посвященная 80-летию со дня рождения известного российского невролога, академика Александра Моисеевича Вейна. Большинство московских неврологов и терапевтов хорошо помнят лекции самого профессора А.М. Вейна и его сотрудников на заседаниях Московского общества неврологов и хорошо знают традиционную тематику «Вейновских чтений», ставших ежегодными. На конференции обсуждались такие вопросы, как проблема боли, вегетативные и психовегетативные нарушения, диссомнические расстройства, вопросы пола и гендера при неврологических заболеваниях, психосоматические и нейроэндокринные болезни, широкий круг психогенных и органических заболеваний нервной системы (паркинсонизм, эпилепсия, рассеянный склероз и многие другие). Конференция носила мультидисциплинарный характер и была адресована неврологам, психиатрам, специалистам смежных дисциплин и врачам общего профиля.

Состоялось пленарное заседание на тему: «Боль — междисциплинарная проблема». Боль относится к очень частым жалобам, с которыми имеют дело врачи самых разных специальностей в повседневной практике. По данным ВОЗ, в развитых странах мира боль по масштабам своего распространения вполне сопоставима с пандемией. Боль — субъективный феномен, плохо поддающийся какой-либо объективизации. В то же время она приносит человеку максимальные страдания. Совсем не просто дать боли исчерпывающее определение. Согласно наиболее распространенной сегодня научной дефиниции, «боль — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с текущим или потенциальным тканевым повреждением или описываемое в терминах такого повреждения».

Как это ни парадоксально на первый взгляд, боль рассматривается как важнейшее биологическое приобретение. Она не только проявление болезни, но и сигнал опасности. В этом ее огромное приспособительное значение. Сигнальное значение боли особенно характерно для острой боли. Хроническая боль — совсем другая категория. Она отличается от острой боли не столько своей длительностью, сколько своим патогенезом, клиническими проявлениями, а также лечением и прогнозом. Острая боль — это, прежде всего, сигнал какого-то повреждения ткани, в основе которого лежит местный патологический процесс, связанный с травмой, воспалением, инфекцией и т. д. Острая боль уменьшается под влиянием анальгетиков. Хроническая боль продолжается более 3–6 месяцев, т. е. сверх обычного периода заживления тканей, она нередко носит более диффузный характер. Хроническая боль утрачивает свое полезное сигнальное значение; она как бы отрывается от конкретных местных патологических процессов, вызвавших острую боль, и начинает существовать уже по своим законам.

А.М. Вейн в неврологии: прошлое и будущее



Академик А.М. Вейн

Начало на стр. 2 ↗

хронической болью. Главный невролог Москвы профессор А.Н. Бойко и заведующий кафедрой неврологии Ярославской государственной медицинской академии профессор Н.Н. Спирин провели интерактивный курс по дифференциальной диагностике демиелинизирующих заболеваний. Отдельный симпозиум был посвящен проблеме нейропатической боли. На этом симпозиуме доктор Майа Хаанпаа, международный эксперт по нейропатической боли, представила европейские рекомендации по лечению нейропатической боли. Профессор О.Р. Орлова с коллегами провела мастер-класс, где было рассказано о возможности применения ботулотоксина при лицевой боли и дискинезии.

Одним из главных детищ научной работы А.М. Вейна была лаборатория вегетативной патологии, которую он много лет возглавлял. Отдельный симпозиум был посвящен проблеме периферической вегетативной недостаточности и современным возможностям лечения нарушений периферической нервной системы.

Какие лекарства более эффективны у мужчин, а какие лучше помогают женщинам? Какие болезни исчезают, а какие появляются при смене пола? Какую роль играет тестостерон для здоровья мужчин и женщин? Какое значение имеют для и гендерная характеристика в распространенности и клинических проявлениях многих заболеваний? Ответы на эти и многие другие вопросы прозвучали на школе «Медицина пола и гендера».

Пленарное заседание, посвященное истории и последним достижениям неврологии, больше напоминало встречу старых друзей. Профессор Владимир Алексеевич Карлов, близкий друг Александра Моисеевича Вейна, отменил запланированную на начало февраля поездку на международный конгресс специально для того, чтобы выступить на конференции, посвященной 80-летию А.М. Вейна. А.И. Воробьев, Е.И. Гусев, В.Л. Голубев, Н.Н. Яхно рассказали многочисленным слушателям об Александре Моисеевиче Вейне как об ученом, враче, педагоге, друге. И было ощущение, что Александр Моисеевич по-прежнему с нами...

А. Власова

Отпускаемые без рецепта лекарственные препараты от кашля могут быть неэффективными, — утверждает доклад, опубликованный Cochrane Collaboration. «Не существует весомых аргументов за или против» продающихся без рецепта врача препаратов, но доказательства их эффективности признаются «слабыми». Парацетамол и ибупрофен, как и

самом деле у детей кашель проходит через две недели, а у взрослых — через три. Если у вас кашель, это не значит, что происходит что-то плохое. Кашель бывает полезным. Это механизм очистки от вирусов», — отметил он.

Ученые исследовали препараты с активными компонентами, в том числе отхаркивающим гвайфенезином, супрессантом декстрометорфаном и антигистаминным средством дифенгидраминол. Многие тесты показали, что по сравнению с плацебо они оказывают очень слабо выраженный эффект, хотя в ряде случаев и приносят некоторую пользу. У небольшого процента пациентов, принимающих подобные лекарства, возникли побочные эффекты, в том числе тошнота, головная боль и сонливое состояние. При проведении теста с использованием супрессанта мовгвистеина число взрослых пациентов, жалующихся на побочные эффекты в виде рвоты и болей в животе, было в три раза выше, чем в группе, принимавшей плацебо. Авторы сравнительного анализа считают, что из-за широкого спектра и различных типов препаратов, примененных в различных тестах, им невозможно было прийти к убедительному и статистически обоснованному выводу.

В заявлении Proprietary Association of Great Britain — ассоциации, представляющей производителей лекарственных средств, продающихся без рецепта врача, говорится, что регулирующие органы многих государств мира одобряют использование препаратов от кашля и что соответствующие исследования подтверждают эффективность их активных компонентов. Ш. Келли, исполнительный директор ассоциации, сказала: «Эти препараты, широко представленные на британском рынке, успешно продемонстрировали свою эффективность. На протяжении десятилетий их использовали миллионы потребителей. Их одобрило и британское Агентство по надзору за лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения (MHRA), что означает, что люди могут положиться на безрецептурные лекарственные средства от кашля, когда они болеют или когда болеют их дети. Однако если у них появляются опасения, им следует проконсультироваться с врачом или фармацевтом».

Источник:

The Daily Telegraph, UK, 2008

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от Кохрейн Коллоборайшен

ЛЕКАРСТВА ДОРОГИЕ И БЕСПОЛЕЗНЫЕ

повышение уровня знаний населения о кашле, — такие же эффективные средства борьбы с ним, как и дорогостоящие безрецептурные лекарства. По инициативе Cochrane Collaboration эксперты проанализировали и обобщили результаты 17 исследований, в которых приняли участие 2876 взрослых пациентов, а также 8 исследований с участием 616 детей, посвященные самым популярным лекарственным средствам от кашля, продающимся в свободном доступе в супермаркетах и аптеках. В исследованиях говорилось о супрессантах, обычно применяемых при «сухом» кашле, отхаркивающих средствах при «мокро» кашле и антигистаминных препаратах, используемых при аллергиях и проблемах с дыханием. «В нашем обзоре показано, что польза от приема этих лекарственных препаратов не доказана, но это не то же самое, что их доказанная нерезультативность», — сказал соавтор доклада профессор Т. Фахей, глава департамента семейной медицины в Королевском колледже хирургов при Ирландской медицинской школе. «Я не рекомендую своим пациентам и их детям принимать лекарства, продаваемые без рецепта врача. Мне кажется, что обезболивающие средства типа парацетамола куда эффективнее. Естественные средства, например, ингаляции, тоже помогают. На самом деле необходимо сделать так, чтобы люди больше знали о кашле. Часто, если кашель не проходит через неделю, люди начинают волноваться и пить лекарства, хотя на

ИнтерНьюс

Сигареты по карточкам

Японские табачные автоматы будут проверять возраст покупателей. Минфин Японии принял решение оборудовать все автоматы по продаже сигарет специальными устройствами, которые будут считывать данные о покупателе. Теперь купить сигареты через автомат можно будет, только приложив к считывающему устройству специальную карточку, на которую будут занесены данные о ее владельце: дата рождения и фотография. В Японии запрещена продажа сигарет лицам моложе 20 лет. Согласно данным японских властей, около 95% подростков покупают сигареты именно через автоматы. Заполнить анкету для получения карточки можно в любом табачном магазине. Сама карточка выдается бесплатно через две недели после подачи документов. Туристы и иностранцы, приезжающие в страну, также смогут получить магнитную карту, однако срок ее действия будет ограничен одной неделей. Антитабачная кампания началась еще в мае 2007 г., и к декабрю новыми устройствами были оборудованы примерно 67% из 3 млн автоматов. Если же компании не успеют переоснастить свои аппараты до июля 2008 г., им грозит приостановление лицензии на торговлю сигаретами. Скептики, правда, утверждают, что нововведение себя не оправдает. Ведь оснащение одного автомата считывающим устройством стоит около \$700, а подростки все равно будут продолжать покупать сигареты по карточкам своих родителей или старших сверстников. Всего же, по официальным данным, в Японии курит почти четверть жителей страны, примерно 31 млн человек. Власти страны проводят активную антитабачную кампанию. В частности, запрещено курить в общественных местах и даже в такси. А в некоторых районах Токио и вовсе запрещено курение на улице. Возрастное ограничение на продажу сигарет в Японии одно из самых высоких в мире. Строже законы только в Индии и Кувейте. Там сигареты нельзя купить до 21 года. В странах Европы сигареты можно продавать лицам, достигшим 18 лет, а самый низкий возрастной порог установлен в Бангладеш: сигареты разрешается покупать уже с 15 лет. Но, пожалуй, наиболее активно борются с курением власти Бутана. С 17 декабря 2004 г. там введен полный запрет на продажу и употребление табака, а все табачные изделия, которые ввозятся в страну, облагаются 100% налогом.

Источник: gzt.ru

Французских медиков обвиняют в массовом заражении детей коровьим бешенством

Во Франции начинается суд над медиками, обвиняемыми в массовом заражении французских детей неизлечимой болезнью Кройцфельда-Якоба (коровьим бешенством). По итогам следствия, продолжавшегося почти 17 лет, подсудимым инкриминируются действия, приведшие к гибели 110 пациентов. Умершие от неизлечимого заболевания дети были инфицированы во второй половине 80-х годов, в результате инъекций гормона роста, единственным источником которого в те годы были ткани умерших людей. Такие инъекции применялись не только при дефиците гормона роста, но и для стимуляции роста здоровых детей. В большинстве развитых стран использование трупного гормона роста было запрещено после первого случая заражения коровьим бешенством, выявленного в США в 1985 г. Однако во Франции этот материал продолжали применять вплоть до 1988 г. При этом, по данным следствия, забор трупных тканей производился с серьезными нарушениями санитарных норм, а от родителей, получавших инъекции детей, скрывали информацию о потенциальных рисках лечения. Коровье бешенство развивается крайне медленно, и признаки болезни как правило появляются спустя годы после заражения. Во Франции первый случай заболевания среди получавших инъекции гормона роста детей был зафиксирован в 1990 г. В последующие годы их число увеличилось до 110, однако эксперты не исключают развития смертельной болезни и у других пациентов. Перед судом предстали 7 человек: врачи, фармацевты и бывшие служащие Министерства здравоохранения. Им предъявлены обвинения в обмане пациентов, нарушении правил работы с биоматериалами, а также в нанесении тяжкого вреда здоровью и убийстве по неосторожности. В случае признания вины подсудимых, им угрожает наказание в виде лишения свободы сроком от 3 до 10 лет.

Источник: medportal.ru

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начинает выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Журнал будет продолжать линию «Международного журнала медицинской практики», прекратившего издание в 2007 г. (<http://www.mediasphera.ru/journals/practik/>). Эта линия состоит в последовательном продвижении в медицинскую практику научных эпидемиологических подходов. Цель журнала — сделать решение всех вопросов медицинской практики и управления здравоохранением, основанными на доброкачественных научных данных; сделать медицину, основанную на научных доказательствах, реальностью нашей жизни.

В журнале:

- информирование читателей о наиболее важных исследованиях в медицине и общественном здоровье;
- освещение ключевых вопросов методологии медицинских исследований в доступной для врачей форме;
- самые высокие стандарты объективности и независимости информации;
- уделение особого внимания:
 - вопросам общемедицинского значения;
 - информационному обеспечению врачей;
 - информационной поддержке решений;
 - средствам эффективного использования информации в обеспечении деятельности врачей и медицинских организаций.
- освещение проблем, представляющих важность для врачей всех специальностей.

Главным объединяющим фактором будет внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 19413.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие	
		1	2	3	4
Номера журнала					
Цена одного номера в руб.					
		500	500	500	500
ИТОГО (впишите сумму):					
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.					

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылаете по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии.

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57

E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rsporg.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки,
- стоимость дана с учетом НДС (10%).

ИнтерНьюс

В РФ началось производство костюмов для реабилитации после инсульта

Российские «космические» медеки готовы поделиться своими разработками с «земными» коллегами. «Мы приступили к серийному производству нагрузочных костюмов «Регент», которые могут помочь в реабилитации сотен тысяч больных после инсульта, и ждем заказов от неврологических клиник и других потенциальных потребителей», — сообщила заместитель генерального директора Центра авиакосмической медицины, старший научный сотрудник Института медико-биологических проблем (ИМБП) РАН Ирина Саенко. По данным клинических испытаний, применение «Регента» почти вдвое увеличивает эффективность реабилитации больных после инсульта и черепно-мозговых травм, — отметила она. Блочный каркас — отдельные шорты, жилетка и наколенники — позволяет врачам-методистам применять костюм по показаниям на разных стадиях восстановления больных. Основными элементами костюма «Регент», который создан на основе штатного изделия для экипажей МКС — костюма «Пингвин», являются силовые тяги, нагружающие определенные группы мышц. «Носителю» костюма, чтобы работать в космосе, необходимо преодолевать усилия, создаваемые этими тягами, что способствует повышению мышечной нагрузки при выполнении движений. Это, в свою очередь, улучшает регуляцию обменных процессов и активацию мышечных рецепторов, что приводит к нормальной деятельности механизмов, обеспечивающих вертикальную позу и ходьбу. Больные после инсульта — те же «космонавты в невесомости», поэтому использование «Регента» позволяет им поддерживать правильную позу и дает дозированную необходимую нагрузку на разные группы мышц, — пояснила Саенко. Лечебный костюм обеспечивает включение всех мышечных групп, при этом врач может регулировать нагрузки, которые необходимо давать на определенную часть тела. В этом году специалисты ИМБП также планируют запустить в производство подошвенные имитаторы опорной нагрузки «ПИОН», которые будут использовать вместе с «Регентом» для достижения максимального эффекта. На прошедшем в прошлом году в столице Бельгии 55-м Всемирном салоне инноваций, научных исследований и новых технологий «Брюссель-Эврика 2006» разработки ИМБП «Регент» и «ПИОН» получили золотые медали. О возможности использовать космические разработки много лет говорил академик В.М. Шкловский, применяющий эти костюмы.

Источник: GZT.ru

И вновь про стандарты

4 февраля первый вице-премьер Дмитрий Медведев провел заседание президиума Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. Говоря о пилотных проектах модернизации здравоохранения в регионах, первый вице-премьер отметил, что значимым результатом этих проектов стало увеличение финансирования медицинской помощи неработающему населению и повышение оплаты труда медицинских работников. Дмитрий Медведев очертил круг задач, которые необходимо решить при внедрении новой системы финансирования здравоохранения. Это введение единых стандартов и критериев качества оказания медицинской помощи, развитие профилактической медицины, обеспечение свободного хождения страховых полисов и расширение самостоятельности медицинских учреждений. Напомним, в Псковской области работа по модернизации сферы здравоохранения идет с 2006 г. Дополнительные выплаты по нацпроекту «Здоровье» врачам и медсестрам первичного звена привели к увеличению зарплаты в 2—3 раза, повышению укомплектованности кадрами участковой службы на 38%. Открытие 18 офисов врачей общей практики в 14 районах, укомплектованность автомобилями скорой медицинской помощи ЦРБ приблизило медпомощь населению. Намечалась тенденция повышения обеспеченности населения высокотехнологичной медицинской помощью, значительно снизилась заболеваемость гепатитами, краснухой. Оснащение всех районных и городских больниц, поликлиник оборудованием и автотранспортом, реализация компонентов нацпроекта «Здоровье» позитивно влияет на демографическую ситуацию — в 2007 г. родилось на 400 детей больше, чем в 2006 г.

Источник: www.pskov.ru

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ 05.12.2006 г.

Сопредседатель секции: Заместитель главного терапевта ГУЗ УДП д. м. н., проф. В.Е. Ноников;
Заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП член-корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня: «Инфекция мочевых путей: быстрое развитие, быстрое лечение»

1. Д. м. н. Перепанова Т.С. (ФГУ НИИ урологии Росздрава) «Выбор эффективной терапии инфекций почек, мочевыводящих путей и половых органов».

Приведена классификация инфекций мочевых путей, озвученная на Европейской ассоциации урологов в апреле 2006 г. Был поднят вопрос диагностической значимости симптомов при постановке диагноза. Дано определение не осложненных инфекций мочевых путей, таких, как острый цистит, острый восходящий пиелонефрит и др.; а также охарактеризованы возбудители неосложненной инфекции. Рассмотрены факторы, определяющие возможность развития цистита, взаимодействие макро- и микроорганизмов. Предрасполагающие факторы для развития инфекции нижних мочевых путей у женщин включают в себя анатомо-физиологические особенности уретры, нарушения уродинамики нижних мочевых путей, гинекологические заболевания, генетическую предрасположенность, неадекватные реакции слизистой оболочки мочевого пузыря. Особо отмечено, что под синдромом «острой дизурии» у женщин скрываются различные заболевания — цистит, уретрит, вагинит, грибковая инфекция. Представлена статистика частоты различных причин учащенного и болезненного мочеиспускания.

Поскольку у этих инфекций различные возбудители, то необходимо назначать разные группы антибактериальных препаратов. Подробно были рассмотрены и охарактеризованы свойства микроорганизмов, влияющих на развитие инфекций мочевых путей. Определение возбудителя и его чувствительности к антибиотикам при остром цистите не является необходимым, т. к. они предсказуемы, а результаты исследования станут доступными врачу, когда симптомы заболевания разрешатся. При этом состоянии необходима эмпирическая терапия.

Цель лечения неосложненной инфекции мочевых путей — эрадикация возбудителей. Докладчик подробно остановился на эмпирической терапии, неосложненной инфекции мочевых путей. Далее были показаны рекомендации Европейской и Американской урологических ассоциаций для лечения инфекции нижних мочевых путей, Российского Формуляра лекарственных средств для взрослых, детей, беременных, а также альтернативное лечение. Рассмотрены вопросы длительной терапии, неосложненной инфекции мочевых путей по нозологиям, факторам риска, риска возникновения рецидивов, и др. Особо отмечено, что малые концентрации антибиотиков вызывают существенные изменения в морфологии и биохимии бактерий. Резистентные штаммы микроорганизмов обычно маловирулентны. Суббактериостатические концентрации антибиотиков вызывают подавление адгезии микроорганизмов к слизистой оболочке.

Были даны рекомендации по терапии рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей, рассмотрены осложнения инфекций мочевых путей. При рассмотрении осложнений необходимо учитывать, такой аспект — реактивация это или реинфекция. Эффективное лечение осложненной инфекции мочевых путей возможно лишь при условии восстановления нормальной уродинамики и коррекции осложняющих факторов, сопутствующих заболеваний. Рассмотрены группы препаратов выбора для осложненной инфекции мочевых путей, а также нереккомендованные, с указанием причин. Далее, таким же образом были подробно охарактеризованы госпитальные инфекции мочевых путей, источники их возникновения (внешние и внутренние), пути контаминации, факторы и пути передачи возбудителей госпи-

тальной инфекции мочевых путей. Рассмотрены такое понятие, как биофильтр, отличие бактерии в биофильтре, инфекционные «результаты» длительной катетеризации и формирование инфекционных камней уреазопродуцирующими микроорганизмами. Препараты выбора для лечения госпитальной инфекции мочевых путей полностью рассмотрены, им дана объемная характеристика по группам, которые были сравнены между собой.

Акцентировано внимание на активности левофлоксацина и офлоксацина в отношении грамотрицательных бактерий. Описан фармакокинетический профиль левофлоксацина, эффективность при урогенитальных инфекциях, при лечении госпитальной инфекции мочевых путей, урогенитальной инфекции.

2. Синайкова Л.А. (кафедра урологии и хирургии андрологии РМАПО) «Инфекции мочевых путей в практике терапевта».

Инфекции мочевых путей в настоящее время актуальная проблема, т. к. их число увеличивается, а также то, что развитие инфекционного процесса в МВП является результатом преобладания вирулентности этиологического агента над защитными механизмами. Были приведены результаты социологического исследования 600 женщин — к кому обращаются пациентки с симптомами острого цистита? Результаты оказались следующими — гинеколог — 17%, уролог — 15%, терапевт — 11,4%, провизор — 4,3%, врачи других специальностей — 12,3%, не обращаются за помощью — 40%.

Кратко были представлены результаты исследования ARESC, проходившего в 2004—2006 г., по выявлению возбудителей инфекций мочевых путей и определению резистентности к антибактериальным препаратам. Было обследовано 1818 пациентов, выявлено 1941 микробный патоген. Показано что именно было выявлено и в каких странах. Приведен вывод этого исследования:

фосфомицин — единственный препарат с полной чувствительностью к кишечной палочке. Обсуждены и другие препараты, обладающие меньшей чувствительностью. Как в предыдущем докладе, были обсуждены биофильтры и приведены рекомендации Европейской и американской ассоциаций для лечения не осложненной инфекции мочевых путей 2006 г. Поскольку



для лечения каждого заболевания важны алгоритмы, был представлен опрос 137 семейных врачей из Америки по вопросам лечения острого цистита и проанализированы результаты данного опроса. Обозначены цели антибиотикотерапии не осложненной инфекции мочевых путей и на основании вышеперечисленного представлен разработанный алгоритм терапии острого цистита. В заключение доклада несколько слов было отведено критериям выбора антибактериальных препаратов при остром цистите, об утратившим своё лидирующее значение антибиотиках и показаны разработанные алгоритмы диагностики рецидивирующих циститов и необструктивного пиелонефрита.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: С какого года, с какого момента в урологической практике применяется фосфомицин, нитрофурантоин?

Ответ: Уже лет 40—50, и резистентность к ним не развивалась до сих пор, но мы, конечно, ограничиваем их прием, т.к. появились сведения, что у пожилых больных на фоне приема данных препаратов возможно развитие пневмоцистоза. Также не нужно применять препараты при гепатите, так как его течение усугубляется. Но в целом, препараты очень хорошие, если их грамотно применять.

В заключение Богомолов Б.П. поблагодарил докладчиков за интересные и толковые доклады, представляющие социологические исследования, результаты которых важны и актуальны. Также им было замечено, что в докладах дан акцент на анатомо-физиологические особенности, но главный резервуар бактерий — толстая кишка, поэтому мочевиная инфекция должна рассматриваться в комплексе с кишечной микрофлорой.

Ноников В.Е. поблагодарил всех за активное участие в заседаниях в уходящем году. Около 40 человек, посетивших все заседания, получили сертификаты и ценные подарки.



Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации. Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

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

Тел/факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов

ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД

2007 г.

В отличие от предшествующих изданий по инфекционным болезням (ИБ) читателю предлагается книга с оригинальным построением. В общей части книги (первых двух главах) рассматриваются клинические проявления ИБ, отличающие их от других заболеваний, методология и методы диагностики. Во второй, специальной, части каждая группа ИБ (инфекции дыхательных путей, кишечные инфекции, кровяные инфекции, инфекции наружных покровов, антропоозоозы) завершается главами, посвященными клинической дифференциальной диагностике, охватывающей широкий круг болезней, в том числе клинически сходных неинфекционных заболеваний.

В основу клинической диагностики ИБ положены ведущие симптомы и синдромы: лихорадка, сыпь, лимфаденопатия, бронхолегочные поражения, боль со стороны органов брюшной полости, диарея, геморрагические проявления, поражения печени, почек, опорно-двигательного аппарата и др. Проведен анализ результатов исследований гемограммы при различных ИБ, объединенных общим механизмом заражения, изложены основные методы лабораторной диагностики. В сжатом виде представлены неотложные первичные меры, ограничивающие распространение ИБ.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета Вестник МГОТ с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Каторина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба – обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Позологическая форма: Серопозитивный ревматоидный артрит, другие ревматоидные артриты, юношеский артрит

Код по МКБ-10: M05, M06, M08

Фаза: обострение, ремиссия

Стадия: любая

Осложнение: вне зависимости осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства

здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 13 января 2006 г. № 81

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.06.001	Измерение объема лимфоузлов	1	1
A01.04.002	Визуальное исследование суставов	1	1
A01.04.003	Пальпация суставов	1	1
A02.04.002	Измерение объема суставов	1	1
A02.04.003	Измерение подвижности суставов	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1	1
A09.05.012	Исследование уровня общего глобулина в крови	1	1
A09.05.013	Определение альбумин/глобулинового соотношения	1	1
A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	1	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
A09.05.055	Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов	1	1
A09.05.075	Исследование уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови	1	1
A12.06.010	Исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК	1	1
A12.06.015	Определение антистрептолизина-О	1	1
A12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции и вирусы	1	1
A09.05.076	Исследование уровня комплемента и его фракций в крови	1	1
A09.04.001	Микробиологическое исследование синовиальной жидкости	1	1
A09.04.002	Иммунологическое исследование синовиальной жидкости	1	1
A09.04.003	Цитологическое исследование синовиальной жидкости	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	1	1
A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	1	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1	1
A04.18.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1	1
A04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	1	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A06.03.008	Рентгенография первого и второго шейного позвонка	1	1
A06.03.010	Рентгенография другого шейного отдела позвоночника	1	1
A06.04.001	Рентгенография височно-челюстного сустава	0,5	1
A06.04.005	Рентгенография лучезапястного сустава	1	1
A06.04004	Рентгенография локтевого сустава	1	1
A06.04.015	Рентгенография плечевого сустава	0,5	1
A06.04.016	Рентгенография бедренного сустава	1	1
A06.04.006	Рентгенография коленного сустава	1	1
A06.04.017	Рентгенография голеностопного сустава	0,5	1
A06.03.038	Рентгенография кисти рук	1	1
A12.06.019	Исследование «ревматоидных факторов»	1	2
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	1
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	1	1
A09.05.017	Исследование мочевины в крови	1	1
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1	1
A09.05.050	Исследование фибриногена в крови	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A11.04.003	Диагностическая аспирация сустава	1	1
B01.050.03	Прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда первичный	0,5	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	6
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	6
A02.01.001	Измерение массы тела	1	6
A02.03.005	Измерение роста	1	6
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	6
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	6
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	6
A01.04.002	Визуальное исследование суставов	1	6
A01.04.003	Пальпация суставов	1	6
A02.04.002	Измерение объема суставов	1	6
A02.04.003	Измерение подвижности суставов	1	6
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	6
A02.12.001	Исследование пульса	1	6
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	6
A02.06.001	Измерение объема лимфоузлов	1	6
A02.26.002	Исследование сред глаза	1	2
A02.31.001	Термометрия общая	1	6

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	12
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	12
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	6
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	12
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	12
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	12
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	12
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	12
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	12
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	6
A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	1	2
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	2
A09.05.055	Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов	1	2
A12.06.010	Исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК	1	1
A12.06.015	Определение антистрептолизина О	1	2
A12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции и вирусы	1	1
A09.05.076	Исследование уровня комплемента и его фракций в крови	1	2
A06.03.008	Рентгенография первого и второго шейного позвонка	0,5	1
A06.03.010	Рентгенография другого шейного отдела позвоночника	0,5	1
A06.03.016	Рентгенография поясничного отдела позвоночника	0,1	1
A06.03.017	Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника	0,1	1
A06.03.014	Рентгенография дорсального отдела позвоночника	0,1	1
A06.04.001	Рентгенография височно-челюстного сустава	0,5	1
A06.04.005	Рентгенография лучезапястного сустава	1	1
A06.04.004	Рентгенография локтевого сустава	0,5	1
A06.04.015	Рентгенография плечевого сустава	0,5	1
A06.04.016	Рентгенография бедренного сустава	1	1
A06.04.006	Рентгенография коленного сустава	1	1
A06.04.017	Рентгенография голеностопного сустава	0,5	1
A06.03.038	Рентгенография кисти рук	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A12.06.019	Исследование «ревматоидных факторов»	1	2
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	2
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	12
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	1	12
A09.05.017	Исследование мочевины в крови	1	12
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	1	12
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	2
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	6
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	1	12
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	12
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	1	12
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1	6
A09.05.050	Исследование фибриногена в крови	1	2
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	6
A09.28.003	Определение белка в моче	1	6
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	6
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	6
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	6
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	6
A04.10.002	Эхокардиография	1	2
A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	1	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1	1
A04.18.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1	1
A04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	1	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,8	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	1	1
A11.16.003	Биопсия 12-перстной кишки с помощью эндоскопии	1	1
A08.16.002	Морфологическое исследование препарата тканей желудка	1	1
A08.16.003	Морфологическое исследование препарата тканей 12-перстной кишки	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие геликобактера	1	1
A25.04.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях суставов	1	6
A25.04.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях суставов	1	6
A15.03.004	Наложение корсета при патологии шейного отдела позвоночника	1	6
A15.03.005	Наложение корсета при патологии грудного отдела позвоночника	1	6
A15.03.006	Наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника	1	6
A16.04.002	Терапевтическая аспирация содержимого сустава	1	6
A16.04.021	Редрессация	1	6
A11.04.004	Внутрисуставное введение лекарственных средств	1	6
A19.10.001	Лечебная физкультура при заболеваниях и травмах суставов	1	30
A23.31.001	Пособие по подбору ортопедических стелек	1	2
A23.31.002	Пособие по подбору ортопедической обуви	1	2
A25.04.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях суставов	1	6
В01.020.01	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры первичный	1	3
В01.050.04	Прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда повторный	0,5	6

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***		
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>	Диклофенак	0,6	150 мг	27780 мг		
		Индометацин	0,05	75 мг	13688 мг		
		Ибупрофен	0,05	400 мг	73000 мг		
		Нимесулид	0,15	100 мг	1825 мг		
		Мелоксикам	0,15	15 мг	2738 мг		
		1	1	1	1		
Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства	<i>Иммунодепрессивные средства</i>	Азатиоприн	0,1	120 мг	21600 мг		
		Метотрексат	0,9	2,5 мг	457 мг		
		Лефлуномид	0,5	20 мг	3700 мг		
		Циклофосфамид	0,1	1000 мг	6000 мг		
		1	1	1	1		
		Циклоспорин	0,7	200 мг	36 500 мг		
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>	Преднизолон	0,8	10 мг	1825 мг		
		Метилпреднизолон	0,2	15 мг	2738 мг		
		Дексаметазон	0,1	0,4 мг	73 мг		
		Бетаметазон	0,5	0,9 мг	165 мг		
		1	1	1	1		
Средства для профилактики и лечения инфекций	<i>Антибактериальные средства</i>	Азитромицин	0,2	375 мг	5250 мг		
		Кларитромицин	0,2	1 г	14 г		
		Амоксициллин	0,3	2 г	28 г		
		Амоксициллин + клавулановая кислота	0,3	2 г	28 г		
		Амикацин	0,1	1 г	14 г		
		Цефтриаксон	1	2 г	28 г		
		Ципрофлоксацин	0,2	1,5 г	10,5 г		
		Сульфасалазин	0,6	2 г	365 г		
		1	1	1	1		
		<i>Противогрибковые средства</i>	Флуконазол	0,2	400 мг	5600 мг	
			Кетоконазол	0,2	400 мг	5600 мг	
			Интраконазол	0,2	200 мг	2800 мг	
			Тербинафин	0,4	250 мг	45625 мг	
			0,7	1	1	1	
		Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему	<i>Ингибиторы АПФ</i>	Каптоприл	0,1	100 мг	18250 мг
Периндоприл	0,2			4 мг	730 мг		
Лизиноприл	0,1			10 мг	1825 мг		
Фозиноприл	0,1			10 мг	1825 мг		
Спиреприл	0,05			3 мг	547,5 мг		
Хинаприл	0,05			20 мг	3650 мг		
Цилазаприл	0,05			2,5 мг	456,3 мг		
Рамиприл	0,05			5 мг	912,5 мг		
Эналаприл	0,2			20 мг	3650 мг		
Эналаприл + Гидрохлоротиазид	0,1			50 мг	9125 мг		
1	1			1	1		
<i>β-блокаторы</i>	Атенолол			0,3	100 мг	1825 мг	
	1			1	1	1	
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта	<i>Антациды и противоязвенные средства</i>			Омепразол	0,5	20 мг	600 мг
				Эзомепразол	0,5	20 мг	600 мг
		1	1	1	1		
Средства для лечения остеопороза	<i>Стимуляторы остеобластогенеза</i>	Кальцитонин	0,5	57 МЕ	10403 МЕ		
		Кальция карбонат + холекальциферол	1	500 мг	91250 мг		
		Алендроновая кислота	0,5	10 мг	280 мг		
		1	1	1	1		

* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** — Ориентировочная дневная доза. *** — Эквивалентная курсовая доза.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Реклинатор	0,2	1
Тургор	0,5	4
Головодержатель	0,5	1
Корсет	0,5	1
Ортез	0,5	4
Костыли	0,2	1

Начало на стр. 1 ↗

проходило среди бело дня, а не как обычно ночью. Был конец июля. Стоял очень жаркий летний день. Нас повезли на окраину города. Было видно, что за нами следует большая колонна машин. Вдруг машины повернули в знакомом мне направлении — мимо Центральной детской библиотеки, в которой я работала до ареста. И, о, ужас, я увидела стоящую у входа в библиотеку мою заведующую Марию Солдатову. Она меня заметила, наши взгляды встретились. Увидев меня, она отшатнулась, и я подумала, что она падает. Но она удержалась на ногах, и осторожно махнула мне рукой, казалось, она посылала мне «последнее прощай».

Нас привезли на железнодорожную станцию, где ждал большой состав из тюремных вагонов. Нас быстро затолкали в вагоны. Весь коридор вагона будто кованный, в густых железных решетках. Такие же решетки отделяют коридор от двухэтажных нар. Свет попадает через маленькое окошко, затянутое густой железной решеткой. По коридору шагают вооруженные до зубов охранники.

Через решетку все-таки видно, что у нашего эшелона собралась уйма людей, и мы узнаем среди них своих близких. Все пришли с передачами. Слышны крики и плач, провожающие зовут своих близких. Все окружают дежурных охранников, умоляют помочь найти своих. Мы в свою очередь тоже кричим, со слезами зовем близких. Внезапно толпу окружает милиция, провожающих отесняют подальше от вагонов, и наш поезд трогается.

Позднее мы поняли, что случилось на вокзале. По пути через город кто-то заметил наши машины и сообщил родственникам. Весть быстро облетела весь город, и толпы провожающих бросились на станцию. За эти проводы конвой нас наказал: лишил воды, а кормили лишь одной гнилой селедкой.

К утру мы прибыли в Челябинск — областной центр. Нас быстро выгрузили, построили по четыре и объявили, что в строю надо вести себя смирно, не разговаривать, точно выполнять команды, из строя не выходить: шаг вправо или влево — считается побегом и стрелять будут без предупреждения. В строю рядом с нами идут и «бытовички», многие из них рецидивисты, не раз уже побывавшие в тюрьмах. В ответ на предупреждение охраны одна из них спросила: «А прыгнуть вверх можно?» Это была их известная шутка, но мы ее слышали в первый раз. Конвойный выругался и проворчал: «Иди, иди и не разговаривай!» Этот вопрос и «ласковый» ответ на него стоит в ушах до сих пор.

Мы пришли в Центральную областную челябинскую тюрьму. Сначала нас привели во временное помещение. Камера, в которой мы очутились, была небольшой, узкой, полутемной комнатой. Сначала нам показалось, что стены как-то необычно покрашены, какими-то разводами.

Когда же подошли поближе, то увидели, что это не разводы, стены просто были испещрены мелкими-мелкими буквами, величиной с маковое зернышко. С трудом, но все-таки удалось прочесть: там было написано много тысяч имен и вопросов. Сообщалось, кто и когда сидел в этой камере, спрашивали о судьбе своих родных и близких, просили кому-то и что-то передать. Мы все прилипли к этим стенам, каждый искал сведения о своих близких, и многие находили их. Невозможно передать состояние людей, читающих эти горькие и, может быть, последние слова и строки родных и близких. Среди тех счастливых, которым удалось отыскать своих, была и я. Я наткнулась на маленький рисунок, на нем был изображен надгробный камень и на нем надпись на идиш — языке европейских евреев: «Тут похоронен Хаим Явич из Вильно и Раппопорт из Шерлоц (польский город)». И рядом вопрос: «Где Явич Шимон?» — мой муж и «Где Блюма Кац?» — я. Сообщалась также, что их везут в лагерь на Северный Урал. Так я нашла брата мужа, но за 3 дня до меня его угнали на этап в Соликамск.

Подобные надписи мы обнаружили и в бане. И там в нескольких местах был вопрос о том, где сейчас Шимон Явич? Будто Хаим чувствовал, что его привет не дойдет до брата. Понятно, что в бане нам было уже не до мытья, мы все прильнули к стенам, и конвой нас с трудом от них оторвал.

На самом деле моего мужа Шимона Явича в июле месяце того же 1937 года расстреляли в челябинской тюрьме. Он был польским коммунистом, бежал от преследования тамошней охраны в СССР, работал учителем географии в средней школе в Магнитогорске, где и был арестован. О его судьбе я получила несколько официальных документов. Его матери сообщили, что он приговорен к тюремному заключению без права переписки. У меня была справка и том, что он реабилитирован посмертно, и о том, что он умер в тюрьме от диабетической комы, и о том, что был приговорен к высшей мере наказания — расстрелу. И во всех этих документах одна сплошная ложь.

Из бани нас уже перевели в настоящую тюрьму. Все так же, как и в Магнитогорске: те же нары, те же зонты на окнах, та же теснота, те же «обворованные» начальством минуты прогулки: полагалось 20 минут, а нас «прогуливали» максимум 12—15. В камерах в 3 раза больше людей, чем положено, в женских, вместо 7, спали по 40, а у мужчин спали стоя. У нас ночевали на полу, переворачивались по команде. Вода была. Кормили нас здесь тоже отвратительно, в баланде трудно было найти плавающую крупинку или листочек гнило-

го капустного листа в так называемом борще. Еду раздавали представители «привилегированного класса» заключенных — бытовики. За хорошую взятку тому, кто был богат, раздатчик зачерпывал со дна погуще.

Но в этой тюрьме мы задержались не надолго, следующим этапом был Новосибирск. Новосибирская тюрьма не уступала Никитскому централу, кормили страшно, вшей и клопов было очень много. Интересно, что выздоровели язвенники и желудочники... Шли мимо Оби, когда ее увидели — остановились. «Иди, иди, не останавливаться».

В северо-восточный лагерь, летом 1938 года ехали месяц, мало воды, все время тупики, остановки, так как были события на Хасане. Иркутская тюрьма — Никитский централ. Двери кованые, на цепях, все время звон кандалов. В камере, где было 6 декабристов, сидело до 40 человек. Спали на нарах, к ним шли в затылок несколько времени. На день чашка воды — хочешь мой руки, хочешь пей. Странные кровавые поносы, опривка раз в день. 3 очка, выпускали по 50 женщин на 10—15 минут. Стояли бочки с калом по 300 литров, люди не выдерживали, забирались на бочки, скользкие края, попадали кто рукой, кто ногой, помыться негде — так и шли в камеру.

Там, в Иркутске, задержались долго, один раз водили в баню, дали тазик воды. Это было счастье, с чем его сравнить — непонятно! Месячные у многих кончились, но у многих продолжались, как обходились — не помню.

3 августа точно приехали во Владивосток. Это день рождения дочери, и потом нашли по дороге газету. Там делали прививки от тифа, и все сильно болели. Жуткое количество клопов. Все спали на улице, но и туда доносили клопы, спать было в бараке нельзя. Я первую ночь пыталась спать в бараке, но все лицо было красное. Но уже на улице спать было негде, и я простояла всю ночь у забора. Может быть под тем, под которым скончался Бруно Ясенский.

Но нашлись люди, которые организовали самодеятельность: цыганский табор — там была цыганка Вишневецкая, была Инга, выдававшая себя за жену Тухачевского. Был и еврейский театр.



Плыли на «Дальстрое» 6 суток, некоторые умерли в Магадане от дизентерии (например — Федорук из Магнитогорска). Узнавали об этом позже.

Ганриета Циммерман, красавица, 32 лет, говорила о любви. Я спросила: «А в 33 еще любят?». Получила ответ: «Блюмочка, еще как любят, такой любви не знает молодость».

Вечером выпустили на палубу подышать, прошли мимо капитанской каюты, там пили чай, и патефон играл «Широка страна моя родная». Я редко плакала, но тут заплакала, наклонилась, чтобы слезы капали в Охотское море. Не было дня, чтобы я не думала — за что. Все говорили о том, что за все время не встретили ни одного врага народа. Все люди были, которые так или иначе отдавали свою жизнь, силы за Советскую власть. В Магадане были недели две, была баня, прожарили бельё.

На Эльгене осенью послали на лесоповал. Бригадир Елена Никитина четко организовала работу. Очень энергичная, преданная коммунистка, она возила нашу бригаду в лес на лесоповал и требовала норму. Норма — 10 кубометров. Это надо повалить, обрубить сучья, распилить на 2-метровые поленья, сложить в штабель. Никто не держал раньше в руках пилу. Если норму не делаешь, то вместо 600 г хлеба — 400, вместо 16 г жиров — 6 г. Были 3 категории, последняя — 200 г хлеба и вода — это уже доходяжки.

В бригаде была Малилиманхева Изотовна — жена турецкого коммуниста. Ему грозила «вышка» и его переправили в Союз, где их взяли на границе: его в один конец, ее — в другой. Она выучила сначала «пожалуйста» и «извините», путала их: например, наступит на ногу и говорит: «пожалуйста». Потом выучила «ничего нету». Протест при разводе: когда подрядчик говорил «Пошли», всегда зло «Ничего нету, пошли».

По ночам выкликали и куда-то уводили. Однажды вызвали и меня, посадили в палатку на ночь — ноябрь, уже лежал снег. Погрузили в машины человек по 40, накрыли брезентом и повезли в Магадан. По дороге остановились опривиться, на дороге встретили мужчин. Разговаривала с постпредом во Франции, молодым

мужчиною, он интересовался Эренбургом. Вызывали многих сотрудников посольств — вернуться в Россию, и он поехал. Взяли его в поезде.

Пересылка в Магадане. Вызывали на допросы, по ночам уводили с вещами. Между камерами шел перестук, вся информация передавалась — сколько взяли из камеры. А меня не вызывали. Однажды вызвали на работу, я пошла. Оказалось — мыть полы в мужском лагере. В мужском лагере было страшнее, мужчины выми- рали: из 6—7 тысяч к весне оставалось 60—70 человек.

Серпантинка — место расстрелов, в тайге, план был 50—100 человек в месяц.

Мылга: большой совхоз, кормивший управление северных золотых приисков. Это лагерь усиленного режима: только общие работы, письма не писать и не получать. За что послали туда весной 39-го года — не известно.

В Магадане по лагерю ходила в черном пальто длинная, худая как тень старуха лет 70 — мать Ягоды. На нарах пришлось спать вместе с женой Пятакова, очень простая женщина лет 50 на вид, очень добрая. Жена Зиновьева — Евгения Яковлевна Лацман — долго была на Мылге — она была стенографистка, в свое время стенографировала заключение Брестского мира. У нее были длинные волосы, она в бане успевала помыть только волосы. Я ее спросила, почему она не пострижется — «Гриша очень любил мои волосы». На Эльгене была Седова — жена сына Троцкого.

В лагере занимались заочным питанием, обсуждая, кто и что умеет готовить.

Летом на Мылге все работало в совхозе. Блатная работа — на полуметровые чурки распилить 16—17 кубометров вдвоем. Топили печи в теплицах: привезти из леса, попилить, порубить, поднести метров 20—50. Печь съедала до 5 кубометров в день. Работали по 16, а может быть и больше часов в день, спали на ходу.

Зимой работала на стройке. Самая страшная работа — это лес. Вставали — глухая ночь, умываться на улице ежедневно до пояса, подмывались, чистили зубы пальцем, поесть, в очередь на работу. Говорили, что до леса 7 км, приходили в лес — еще видны были звезды.

На двоих свалить 22—23 дерева, на день 4 г 4 см хлеба.

Блатнячки сидели у костра, пели песни. Мы к костру не селись — разомлеешь, потом норму не сделать. До перерыва валили все деревья, после перерыва распиливали, складывали в штабель. После работы пешком обратно, поесть, обязательно умыться. Потом вечерняя поверка, человек 100—150 на Мылге было.

На Мылге пришлось пробыть до 44 года. Зимой — на стройке, 2 раза в месяц — выходной. Одно время работала в конюшне. Работали втроем, было около ста лошадей, их нужно было кормить, поить, таскать дрова и греть им воду, ведь им нельзя давать ледяную воду, они заболевают и умирают. Привезли лошадям комбикорма. А среди «коллег» одна была с Украинины крестьянка, очень сметливая. Она и говорит «Давайте комбикорма замешивать в воде, а из этой воды что-нибудь варить». Так и стали делать. Был большой чан, где грели воду лошадям. В этот чан засыпали комбикорм, заливали водой, потом вынимали его, отжимали и клали в ясли. А воду кипятили, заваривали что-то наподобие киселя.

Естественно, когда варили кисель, запирались в конюшне. Однажды Блюма была одна, варила кисель, стук в дверь — охрана. Нет, чтобы вылить кисель в комбикорм, испугалась, не сообразила. Открыла. «Что варишь?», ответила что-то невразумительное и попала в карцер. А карцер — такой бревенчатый сарай, где небо светится в щели и кормят 200 г хлеба и литр воды в сутки. Мороз за пятьдесят. Так в бараке каждая дала Блюме кто платочек, кто еще какую тряпку, и все это обвязали вокруг нее. Стала Блюма как кукла, ни пошевелиться, ни прилечь. Но зато тепло. Однажды охранник в карцере, когда все блатнячки из него ушли и Блюма была одна, пустил ее в барак погреться, видно что-то человеческое в нем проснулось. А когда она вернулась, то нащупала под соломенной подушкой что-то твердое — это были маленькие кусочки хлеба, не больше, чем с ноготок. Но их было сто пятьдесят кусочков, столько, сколько сидело в бараке. Каждая отрезала от своей пайки.

В лагере Мылга обитал один старый человек, по своей полной немоши освобожденный от работы — «активированный». Он настолько был истощен, что походил на свою тень, когда проходил по лагерю. Раньше он был священником, милый, добрейший человек. Все его знали и уважали и частенько обращались за советом, пытались понять для них главное: за что, почему и как можно так обращаться с людьми? Он отвечал: «Не ищи логики: нет логики в этом сумасшедшем доме».

Зеркало увидела впервые в доме, где штукатурила. Заплакала — стоит моя мама, я бросилась, потом поняла, что это зеркало.

Когда забеременела — отправили в штрафной лагерь на «18-й километр», между Эльгеном и Мылгой к блат-

Начало на стр. 1, 7 ↗

нячкам. Сенокос в болоте по пояс в воде. Сено рвали руками, норма 2 кг в день. Часто блатнячки отбирали из рук хлеб. Калман, будущий муж, подарил сапоги. Блатнячки пристали — отдай сапоги, объясняю, что не смогу работать. Вроде отстали. Ночью спали в шалаше из соломы. Однажды блатнячки долго не ложились, жгли в шалаше костер. Я даже спросила у еще одной «политической», с которой были вместе: «Чего они не ложатся?». И вдруг шалаш загорелся, все бросились к выходу, меня чуть не затоптали, выбралась последней. Подходит ко мне блатнячка и говорит: «Ты ... счастливая. Видишь топор, мы ждали, чтобы ты заснула, отрубили бы тебе ноги с сапогами». Так и остались сапоги у меня...

Перед родами не работала дней 10—15. Накануне принесли рыбу, я заснула ее в снег. Начались боли, решила переждать, чтобы съезть утром, когда все уйдут на работу. Боли усилились, ну и что, что не дотерплю. Разбудила соседку, сказала про рыбу, попросила, чтобы сварила и принесла половину. Пошла, метров 600 до больнички.

Молока было много, кормила до года и двух месяцев и еще 5 детей. В качестве молокогонного средства применяли турнепс. Работала в больничке санитаркой до конца. Других матерей часто разлучали с детьми, если не было молока отправляли на общие работы. Раз или два в месяц их пригоняли с Малги (30 км в один конец) или с 18-го километра.

Женщины, работавшие с грудничками, иногда от голода поедали детскую рвоту — детям давали молоко, и то, что дети срыгивали, они доедали.

Евгения Гинзбург работала в Эльгене лекпомом. Когда мы с ней встретились в Москве у твоей бабушки — Миры Кизильштейн, она меня не узнала, не вспомнила. В лагере были тысячи людей. Работая лекпомом, она освобождала от работы, но если температура не достигала 37,4, то получить у нее освобождение было нельзя. Вообще человек она была практичный и на общих работах, по-моему, не работала ни дня.

Специально для ее сына, Василия Аксенова, театр Современник играл пьесу его матери Евгении Гинзбург «Крутой маршрут». В нем играла Павочка (Паулина Степановна), которая дружила с его матерью в лагере, не раз принося ей тайно кружку молока с фермы, где Павочка работала. Аксенов после спектакля к Павочке не подошел, чем немало ее обидел.

Во время войны, то ли в 43, то ли в 44 году кандидат в президенты Соединенных Штатов Уэллес должен был посетить золотые прииски на Колыме, проверить их запасы. Месяца за два, а приезжал он в середине февраля, на прииске Сейчам, названному так по притоку Колымы, начали приводить все в порядок. Выиграли от этого немногие вольные, живущие там. Их дома и заборы покрасили, выдали электрические лампочки, которых там не было, и цена за лампу доходила до 100 рублей, шторы на окна. В магазине в середине зимы появились фрукты, помидоры. В витрине горой лежали американские мясные консервы.

Сняли все вышки, — там вдоль дороги и на прииске, вы себе представляете, много их было, дорогу заасфальтировали. А нас загнали в тайгу, куда не ступала нога человека.

В разработку засыпали золотую руду, поставили около драг вольных, специально подобрали покрепче. И выдали на гора в присутствии почетного гостя невиданное количество золота.

Американец остался очень доволен и уехал, ничего не поняв...

Прошло 17 лет, 2002 год. Вновь мы в Швенченисе, уже в другом государстве — свободной Литве. Только что-то не очень пошла на пользу ей эта свобода — строек нет, поля не паханы, машины — старые иномарки. Вновь разбили бивуак на высоком берегу Белого озера, что в сотне метров от деревушки Кохановка. Погода хорошая, жаркая — до 30 градусов, даром, что август перевалял за середину. Вода, как и раньше, прозрачная, бирюзовая, ноги соседа в ней кажутся короткими столбиками. Видимость в воде метров 5-7, не меньше: проплываешь и хорошо видишь странные белые длинные вертикальные водоросли, которые уходят глубоко, а до них еще нужно поднырнуть, чтобы достать. Тот же маленький пляж, только стало набросано грязи много, даже в воду. Утром пришли лесорубы, чистить просеку, вслед за ними подъехал на 13-й модели «Жигулей» Зенон Иванович.

Это у жены его брата останавливались мы в прошлый раз на сеновале. Он занят своим лесным хозяйством: у его прадеда было 68 гектар в Кохановке, а сейчас ему вернули 4 гектара, из них 3 га — леса. Что с ним делать он пока не знает, рубит потихоньку на дрова и немного добывает строительного леса. «Что тут было за эти годы, я ведь с тридцатого», первое, что говорит он. «Сколько людей постреляли, я сам видел, как вели на расстрел. И Сталин тут многих положил, забирали прямо из дому. Власть менялась — то поляки, то Советы, то немцы, то опять Советы, теперь — литовцы». И мне подумалось, что ввести этот уголок земли в двадцатом веке столько смен правительств в столько человеческих трагедий, что и представить себе трудно. В местных жителях трагедия эта засела навсегда, хотя они ею поделиться, может быть и не с кем — новой власти это не интересно. И рассказывать о Блюме, не рассказывая хоть немного об этом местечке нельзя.

Мать Блюмы рано осталась сиротой — сначала умерла ее мать, вскоре — отец. Блюмин дед был бри-

гадиром в бригаде лесозаготовщиков. Старшие братья приспособили ее в качестве домохозяйки, так что пока они работали вне дома, она работала дома. Переболела она трахомой, тогда многие болели этой глазной инфекцией. Потом отправили ее работать на фабрику в Вильно, там она познакомилась со своим будущим мужем. Он был из Швенчениса, и мать Блюмы уехала с ним. Через несколько лет после Блюмино рождения отец уехал искать счастья в Америку, мать туда не пропустили бы из-за трахомы. Уехал навсегда. Тогда, после неудачного похода Красной армии против Польши в 20-м году, местечко было частью польского государства.

При Польше была польская гимназия, еврейская гимназия, позже разрешили частную литовскую гимназию. Евреи — более 3 тысяч человек — половина населения — жили компактно в местечке, в окружающих деревнях — в основном поляки, белорусы, немного литовцев, русские. В городе соседствовали 3 синагоги, костел, православная церковь. На центральной площади, засаженной в парк при первом приходе сюда Красной армии, шла торговля. Все многонациональное сообщество ужилось друг с другом уже пятьсот лет. Даже когда в конце XIX века был большой пожар, то евреи спасали деревянный костел, так как знали — будет костел — будет центр жизни, не будет костела — жизнь из местечка уйдет.



В.В. Малиновский, К. Сигалович, Блюма Кац, И.И. Воробьева, Паулина Степановна (Павочка, солагерница Блюмы). Москва, 1996 г.

Вернувшись после войны в Швенченис, Блюма оказалась одна живой из своей семьи — мать и все родственники лежали во рву около станции Швенченелей.

В первое воскресенье сентября 41 года согнали из ближайших местечек евреев, заставили выкопать ров. Согнали семьями, вместе с малыми детьми. Всего около рва оказалось около пяти тысяч человек. Расстреливали долго, детей, чтобы не тратить пули, убивали, разбивая голову о стоящую рядом сосну. До сих пор место это осталось глубокой, не зарастающей раной на той сосне. Только поднялось оно выше человеческого роста...

Вода речки Жаймены, протекающей солнечными пляжистыми борами, окрасилась кровью и несколько дней текла такая ржавая вода от Швенченеля в Западную Двину.

А на следующий день в синагоге раздавали вещи, оставшиеся от расстрелянных семей. Разбирали в первую очередь те, кто расстреливал, дрались, крича, кто больше расстрелял и кому, по праву, принадлежит больше. Вернувшись после лагерей Блюма видела свои вещи у соседки, но ничего им не сказала...

Только в 90-е годы, когда Израиль стал платить деньги за выявленных карателей, оказалось, что многие спокойно дожили до наших дней, ходили по этой земле, служили в советских учреждениях, как ни в чем не бывало. И большинство окружающих знали об их подвигах около того рва.

Всю оставшуюся жизнь проработала Блюма медицинской сестрой в Швенченисе. И пыталась восстановить память о расстрелянных во рву под Швенченелем. Этому противились, откровенно говоря, теперь понятно — все были соучастниками... Сначала, после многолетних уговоров, разрешили насыпать надо рвом вал, поставить безымянный памятник. Но — никаких фамилий, погибшие потеряли их, по мнению советских чиновников. Попытки написать книги с фамилиями уничтоженных евреев в СССР пресекались.

Спустя годы, когда уже не стало советской власти, Блюма стала ставить памятные знаки на местах массовых расстрелов евреев в Литве. Мест таких оказалось множество, а память о них и о лежащих там растворилась вместе с уничтоженными. Ее старательно гасили — память — все послевоенные годы.

Заметим в скобках, что Катыйн и Хатынь только на первый взгляд кажутся случайным совпадением по звучанию (интересно, компьютер Катыйн подчеркивает как ошибку, а Хатынь — нет: и тут «наши» поработали). На самом деле нужно было уничтожить у народа память о тысячах польских офицеров, которые даже не были в плену — ведь не было официально войны — а просто из святого чувства мести, говорят, были уничто-

жены в Катыйнском лесу под Смоленском. Чтобы говорили Катыйн, а все понимали — Хатынь.

Где-то в 1987 году получилось так, что Блюма пригласила в Союз американского профессора — известного врача. Случайно узнала она о его желании посетить свою Родину, прочитав в «Огоньке» о том, как плохо чувствуют себя эмигранты и написала ему письмо. Он моложе Блюмы на год или два, они учились вместе в еврейской гимназии в Швенченисе. Блюма вспоминает, что и отец заокеанского профессора был врач. Он давал денег учителям еврейской гимназии, чтобы они могли преподавать, лечил многих бесплатно. Он был единственным человеком в городе, кому, по его положению, могли дать должность директора гимназии, и он стал директором еврейской гимназии.

«В 39-м году мы (почему-то она сказала «мы», хотя должна была сказать — «они»; с другой стороны, Блюма была молодой польской коммунисткой, а в 39-м году уже трудилась на Колыме. Так что «мы» — понятно) разделили нашего западного соседа (здесь Блюма сделала паузу, проверив, что до нас дошло, о чем она говорит: Швенченис относился к Польше, а не к Литве), забрав себе всю Западную Белоруссию и Западную Украину, директор гимназии вышел встречать Красную Армию с хлебом-солью. Затем он был назначен первым главным врачом в Швенченисе.

Этого ему не простили. В 41-м году его забили палками на дороге. Его били, он бежал, чтобы утопиться в реке. Но ему не дали, убили. А потом жену его, дочь постигла та же участь, что и других евреев в Швенченисе. Евреи тогда составляли пятьдесят три процента местного населения».

Блюма написала письмо этому профессору, — помнит ли он ее? Оказалось — помнит. Почему-то пишет Блюме по-польски, а не по-еврейски. В местном ОВИРе, где все хорошие знакомые Блюмы, сказали, что Швенченис для интуристов закрыт и что вызов может быть только из Вильнюса. Тогда Блюма позвонила своей дочери Соне, та посоветовалась и решила пригласить от своего имени. В три дня обстряпали приглашение.

Возник вопрос с жильем. Профессор написал, что он не хочет стеснять и будет жить в гостинице, может только день или два — дома. Задно выяснилось, что живет он в собственном доме на берегу залива, имеет яхты, катера, самолет. Конечно, двухкомнатная квартира...

Спустя некоторое время, Горком КПСС узнал, что едет в гости американский профессор, который желает поклониться праху предков. Заказали на ткацкой фабрике ленту для почетного гостя, сказали, чтоб о транспорте Блюма не беспокоилась — Горком выделяет свою Волгу. Срочно привели в порядок еврейское кладбище, на котором до того была волейбольная площадка. Площадку срыли.

Место казни восьми тысяч евреев около Швенченеля тоже оказалось в запустении. По словам секретаря Швенченелийского сельсовета много раз ломались доски с указателями, последние выудили из Жаймены и принесли в сельсовет. Кроме того вспомнили, что в лесу было еще две братские могилы — около 30 человек и около 70, месторасположение этих могил были известны старожилам, однако сейчас забыты. В одной из них похоронен отец американского профессора, в большом рву — мать...

Прием прошел на высшем уровне, включая какие-то митинги. Но самое важное — это теплота и домашние отношения Блюмы, фаршированная щука — рыба-фиш. Блюма рассказывала рецепт этого блюда, но оно не воспроизводимо. Видимо и в блюде есть душа... Вскоре Соня поехала к профессору в гости в Америку. А спустя некоторое время с его помощью уехала туда навсегда.

Блюма встает в половине седьмого, ложится около половины двенадцатого. Перед сном обязательно чтение книг, на ночь — половина сонной таблетки. Я, — говорит она, наверное, уже наркоманка, когда не приму таблетку, начинаю беспокоиться, искать таблетку. Спит крепко. Утром — контрастный душ три четыре раза, летом — ледяной, зимой — прохладный. Обязательно зарядка, раньше каждое упражнение делала 8 раз, сейчас стала делать по 4 раза. Каждый день гуляла по 5 километров, сейчас вместе с ухаживающей за ней Яной проходит 1 километр в день. Питание обычное, мяса ест мало, молока хватает литра на 3—4 дня. В рационе много фруктов и овощей. Но главное — работа.

До конца 80-х работала Блюма медицинской сестрой, а в перестройку захватило ее, закружило. Стала она общественным деятелем, стала ездить по свету — в основном в Польшу, Германию — с лекциями про Холокост в Литве рассказывать. Денег свои, правда, не давали, но тут английский посол выделил неожиданно денег из казны Великой Британии. На эти деньги и стали устанавливать памятные знаки. Те, кто слушал Блюмины рассказы, пригласили ее читать курс лекций на родном национальном — не литовском — языке, который она среди очень немногих сохранила. Носители того языка, идиша — восточно-европейские евреи — в основном лежат во рвах. Несколько лет — чуть не 10 — она читала лекции в каком-то университете в Вильнюсе.

Продолжение на стр. 9 ↗

Начало на стр. 1, 7, 8

А в местечке Швенченис, где до войны было 3 синагоги, осталось три еврея: Блюма, возглавляющая общину, прошедшая Кольму, и двое ее друзей детства, оказавшихся в Вильнюсском гетто и, по не понятным даже им причинам, не уничтоженными. Поставили на центральной площади Менору, там, где была синагога. Все уехали, кто мог, из этого городишки в углу между Латвией, Белоруссией и Литвой, остались в основном старики, да какая-то озлобленная молодежь. Настолько, что старики предпочитают убраться с уличных скамеек, недалеко от школы, когда там начиналась перемена. Я был свидетелем, когда мальчишки лет 12 ехали просто в толпу из нескольких еле двигающихся пожилых, и те поспешно уступали дорогу, сходя с тротуара.

Калман редко приезжал в Москву в 60–70-е годы, ходил и давал взятки в главках. Это его специально присылали — взятки давать, у него искусство было — втереться. Работал он на молокозаводе (или молокоперерабатывающем) в Швенченисе, заводил складом. Но иногда нужно было московские власти ублажить, и он приезжал. Как уж он там давал — не знаю, может и деньгами, но мне кажется — сыром, маслом. Кажется еще дефицитными запчастями для Жигулей. Тогда это был ценный товар в Москве. У нас в доме Калмана очень любили, никакого неодобрения по поводу взятки не было. Так бывает, что для других — позор, для своих — обстоятельство.

Он и Блюма были знамениты языком. На день рождения деда — 11 февраля — Блюма всегда привозила (или присылала) незнакомый мне продукт — язык говяжий. О наличии хвостов у коров я узнал только в 22 года, когда обнаружил их в новогоднем заказе 4-го управления. И что нужны они, оказывается, для холодца. Так вот, Блюма и Калман всегда привозили громадный язык.

А еще из детских воспоминаний: Калман сбил корову. Он ездил на мотоцикле, я еще застал этот аппарат действующим, когда был у них в середине 80-х годов. Ехал, а эта нахалка стала дорогу переходить. Калман отделался сотрясением мозга, а корову счастливые хозяева, по-моему, зарезали, — во всяком случае, долго через суд с него пытались получить деньги. Где Калман, и где та корова?

Калман Сигалович жил с матерью в Вильнюсе, родился в 14-м году. Отец ушел на фронт и не вернулся. Мать работала в приюте для девушек, Калман учился на портного у своего дядьки, но очень хотел рисовать. «Учительница соблазнила уйти в СССР — были способности к рисованию. В 32-м году собрался уходить. Переход стоил 200 злотых — за эти деньги можно было купить любую корову. Деньги оставляли у знакомых, а когда переходили границу — давали знак, по которому деньги отдавали. Поехали на поезде до станции, она теперь на территории Белоруссии, там ждал мужик с подводой, ему сказали что-то, и он повез в Городок. Еще ехали две женщины к мужьям и девушка. В городке заперли в темный чулан, говорили, чтобы не кричали, стоит в гостинице начальник полиции, если услышит... и т. д. сколько сидели — не помню, пришел мужик, говорит — пойдём, вещи привезут. Подвода пошла без тюка женщины, которая ехала к мужу. Привели в лес, посадили, сказали молчать и ушли. Пришел новый мужик и повел через лес. Там была речка, через нее часто переправляли так, что вода была выше головы, и тюки с вещами бросали. Это уже потом в тюрьме он узнал, их вели по каким-то доскам.

Вывели в поле и показали — вон через поле уже СССР. Они пошли через поле сами. Ночь была светлая. Вдруг крик: «Стой, ложись». Никто по-русски не понимал, девушка сказала, что хотят, чтобы они легли.

Легли. Подошли двое в шинелях — впервые тогда видел шинель — посмотрели, нет ли оружия и велели идти. Один с ружьем наперевес шел рядом, второй с собакой шел сзади. Привели в заставу, заперли в сарай, там было много всяких тряпок, ведь через него проходили тысячи. Допросили, все записали и перевели на следующую заставу. Там было очень много народа, сидело человек 200–300 вместо 20–30, спать было негде. Там я стал плакать, кричать, что хочу домой — я был неопытным мальчишкой, жизни не видел. Меня припугнули, что расстреляют, если буду проситься обратно. Потом на допросе спросили, хочу ли я домой, — я сказал — нет. Мне дали подписать какую-то бумажку и отвели обратно».

Чуть позже так же и Блюма ушла через границу в Россию, к светлому будущему. Заплатили деньги, привели группу к колючей проволоке, подняли ее и сказали: «Идите». Когда увидели красный флаг в какой-то военной части, то отсалютовали ему, пошли к начальству — сказали — мы пришли. Начальство удивилось, но приняло.

«Затем собрали этап и всех отправили в минскую тюрьму. Чего я там насмотрелся — вам не представить. Там опять я начал кричать, мне сказали, что были случаи, когда с заставы отпускали домой. Кричал я и бил в дверь. А в тюрьме ГПУ — тогда это называлось ГПУ — кричать не положено. Вызвали меня с вещами и отправили работать на кухню, видимо, решили дать пацану послабление. На кухне я мыл посуду, помогал при разда-

че. Тюрьма в Минске круглая, по внешней стороне камеры, а в середине, на сетке, сидит караульный в будочке. Между сеткой и камерами — коридорчик, шириной метра в два. Камеру караульный открывает прямо из будки специальным винтом. А через сетку видны все этажи.

Женщины там были в основном еврейки. Тогда компания была по сдаче золота, — знаете? Кто не сдал, тех сажали в тюрьму, выпускали, как только сдадут золото. Так они в камере сидели, поджав ноги и упершись друг в друга коленями. Чтобы раздать пищу, нужно было, чтобы они вышли в коридор — иначе в камеру не войдешь. Когда наливали баланду, они заходили обратно и снова там садились.

Пробыл я в минской тюрьме месяц или два, и отправили нас этапом в Сарино, на среднюю Волгу. Везли в столыпинских вагонах — знаете — нет? Это такие пассажирские вагоны с решетками на окнах и дверях.

В Сарино было тысяч восемь или десять таких, как я перебежчиков. В основном из Польши, Латвии, Эстонии, тысячи две из Финляндии. Там поставили нас работать в лесу на лесоповале. Я не держал раньше пилы-то в руках, а тут надо деревья валить, а деревья — ну как два-три этих холодильника в обхвате. Мы работали втроем еще с двумя мальчишками, такими же, как я. И тут произошел страшный случай — дерево раздавило одного из них, прямо у меня на глазах. Кровь пошла изо рта.

Я сказал, что в лес больше не пойду. Утром вышел на поверку и сказал, что в лес не пойду. Меня посадили в карцер. Потом сняли одежду и дали усмирительную. Зима была, одежду мне дали холодную. Валенки я только не отдал, дрался, но не отдал. Вызвали в комендатуру, говорят так и так, не подчиняешься, бунтуешь. А я говорю — все равно в лес не пойду. Перевели меня в рассыльные. При мастере — мальчиком на побегушках, тоже в лесу, если куда сходить, что принести — то посылали меня. Еще я носил расписание, куда, какой конвой отрядить с утра. Носил я его поздно вечером, часов в одиннадцать и проходил через столовую, где кормили конвойных. Там уже было накрыто к утру им на стол, и никого никогда не было. А на столе лежал хлеб. Так я этот хлеб воровал, прятал куда мог: в карман, в сапоги, за пазуху. Конечно, не из одной тарелки, а из нескольких. И ел. Голод ведь был, в лагере давали осмущку хлеба. А на воле тогда голод был, сами знаете.

Потом собрали нас человек двадцать и отправили на строительство комбината на Урал, на станцию «Хромник». Там я пробыл месяца два, и отправили меня на строительство канала Москва-Волга на станцию Яхрому. Там построили нас, спросили, есть ли повара. Я сказал, что повар, меня пристроили на кухню. А главным поваром там был настоящий, с какого-то корабля. Он говорит: «нашинкуй капусту». Ну я шинкую, а он говорит — ты не повар. Я говорю: «не повар, дядя, а как ты узнал?» Он говорит: «когда шинкуют кончик ножа не отрывают от стола, а ты ее режешь». Ну, в общем, не выгнал он меня.



Блюма и Калман в Подмоскovie

Я работал на раздаче. Там так страшно было. Работали на канале женщины, интеллигентки — тогда уже процессы были. Красивых было много, уже в возрасте. А я пацан 17-летний. Так каждая заглядывала в окошко и старалась мне понравиться, улыбнуться, чтобы я налил ей побольше, нет не побольше, а погуще, со дна, баланды. Больше одного черпака не наливали.

С канала меня месяца через 2–3 отправили в Томск и там выпустили на свободу. Я был совсем свободен. Поселили нас в доме типа общежития, в бараке. Русский я знал плохо и пошел учиться на счетовода. Жили мы на особом положении, без паспортов.

2 августа 37-го года я окончил курсы, а 3 августа меня арестовали. Месяца 2–3 я отсидел в пересыльной тюрьме, а затем нас повезли во Владивосток. Везли в товарных вагонах, целый поезд. Везли нас 3 месяца. Было холодно, посреди вагона стояла железная бочка, трубу вывели в окно, но дров не было. Кормили кое-как, не хватало воды. Ну, в общем, доехали. Во Владивостоке мне показали бумажку, где было сказано, что тройкой я приговорен к 10 годам. Тогда суда не было, все решала тройка. Вы об этом слышали? Да?

Когда открылась навигация, погрузили нас на корабль и через пролив Лаперуза повезли в Магадан. Оттуда распределили на работы. Сначала я работал на лесоповале, потом на золотом прииске рядом с совхозом Эльген, где были Блюма и Ваша бабушка. С Блюмой

мы впервые встретились, когда ее вместе с другими привезли мыть бараки. Разговаривать было нельзя с женщинами, ни Боже упаси, но как-то мы перешепнулись, а потом и познакомились.

Работал я в лагере портным. Рабочие на лесозаготовке рвали свои телогрейки, ватные штаны и рукавицы в клочья. А мы их зашивали. Заплаты делали из мешков, которые оставались после муки. А мука прилипала к мешковине и несколько доходяг — знаете, что такое доходяга? Это человек ни на что не годный, его ни на какую работу не пошлешь, он болен чем-нибудь. Так вот, доходяги терли мешковину над котелком и из той муки, которая осыпалась, варили себе кашу. А нитки мы делали из махровых полотенец — распускали их, а доходяги ссучивали из них нитки.

Заплаты эти конечно быстро отваливались, на рукавице, где отвалился палец, она стояла час-два — не больше, а потом все равно дырка. Но что делать.

Освободили меня день в день — 3 августа 37-го года взяли, 3 августа 47-го выпустили. Многих не отпускали до «особого распоряжения», а мне повезло — отпустили. Поселился я вначале на Кольме, там мы с Блюмой поженились, уже Сонечка родилась. А в 49-м году поехали мы с Кольмы. Блюма была из Швенчениса, у меня никого не было, и мы стали жить здесь. Так и живем.

Когда меня посадили, я матери в Вильнюс писал сначала, что дали мне 5 лет. В Польше, для того чтобы дали 10 лет, надо было быть — ну, я не знаю кем, ну вырезать пол-города. Так я матери не писал, что мне дали 10 лет, только потом написал. От матери письмо пришло, отправленное за два дня до начала войны: 22 июня началась война, а 20 она отправила письмо. Вообще письмо ходило и из лагеря в Польшу, и из Польши в лагерь.

Почему сажали? Да не было никакой логики. Сейчас расскажу одну историю. Встретил в лагере человека, которому сказали, что он хотел взорвать железнодорожный мост через Амур. Мост этот — единственная нить, соединяющая Дальний Восток с материком. Он говорит, что не хотел. Его ставили в стойки, били. Вы знаете, что такое стойки? Это коридор такой, узкий, метр с небольшим шириной и цементным полом. Ставили сюда на сутки, на двое, рядом менялись конвойные, сесть нельзя, сразу конвойный поднимает. Откакали ноги, кружилась голова. Сколько можно простоять неподвижно? Час? Два? А там стояли сутками. Ну, наконец, он сознался, что хотел взорвать мост через Амур. Но ведь взорвать он его не мог: вокруг моста дивизия охраны целая стоит — не подойти. Закатить вагон амманалу? Но ведь одному это не под силу. Как только сознался, так перестали мучить, дали десять лет как и всем».

Калман всегда был блатным (не в смысле бандитом, а в смысле «придурком» — все слова обидные для нашего уха сегодняшнего, но ничего плохого не несет смысл этих слов), на Кольме он тачал сапоги всему начальству, мог свободно перемещаться в пределах края.

Встретил он там Блюму, стал ее опекает, подкармливать. После освобождения сумел Калман как-то вывезти Блюму в Литву, хотя никого не отпускали. На самом деле он был не политическим и его отпустили, а с ним и Блюму.

Оставшиеся пол-века жизни Калман работал. Был очень надежен, его очень любили. Растил сначала Соно, потом внуков, дождался правнуков. Последние лет 7–8 заболел гипертонией, сахарным диабетом, но еще долго продолжал ходить на работу. По-моему, перестал он работать к 80 годам. Последние 2 года перед смертью Калмана были очень тяжелы физически. Он ослеп, стал падать, но отказывался от ходунков — я, мол, здоров. Блюма таскала его на себе в туалет (будучи раза в 2 меньше по размеру): он обхватывал ее сзади и так они шли по квартире. Иногда он падал ночью, когда никого не было, и однажды она выбежала на улицу, обратилась к первому прохожему с просьбой помочь поднять Калмана на постель «Помогите, я заплачу». Прохожий помог, взял деньги и ушел.

В 2002 году, будучи в Вильнюсе, решили с Рокасом, внуком, захватить на могилу к Калману. Еврейское кладбище оказалось на заборе уже в 5 часов вечера, видимо боятся националистических выходов. В общем — не попали к могиле.

Блюму знали многие. Например, она много общалась по деловым вопросам с семьей Плисецкой, много лет проживавшей в Тракае. Удивительно — мать и брат Плисецкой были со второй моей бабушкой в АЛЖИРе (Акмолинский лагерь жен изменников родине), а сама Плисецкая оказалась среди Блюминых близких знакомых. Блюма — близкая подруга моей второй бабушки, отсидевшая вместе с ней в другом лагере — на Кольме. Рокас позвонил 28.10.06, сказал, что Блюма умерла. Блюма — святая, и мы все, многочисленные ее друзья, ей задолжали, ничего не написав про нее. Очень трудно, потому как фактами не передать того человеческого отношения ее к окружающему миру — иногда строгого, даже жесткого. Она не была всепрощенкой, очень даже могла ненавидеть, но это не могло быть темой долгого разговора: сказала, констатировала, отрезала. И снова разговор про человеческие отношения.

Блюма — последний наш корреспондент, с кем мы переписывались письмами по почте. Блюма никогда не жаловалась, писала все время хорошие письма... Года два немного путала, повторяла фразы. Переходила с языка на язык. Отказывалась переехать к внуку Рокасу в Вильнюс до последнего, пока могла двигаться.

ИнтерНьюс

Голубоглазые имели одного общего предка

Команда учёных под руководством Х. Эиберга из университета Копенгагена изучила мутацию, которая произошла около 6—10 тысяч лет назад, и обнаружила, что у ныне живущих людей с голубыми глазами, вероятно, был общий предок. «Изначально у всех нас должны были быть карие глаза», — говорит в пресс-релизе университета Эиберг преподаватель Института клеточной и молекулярной биологии (Institut for Celluljrg og Molekyljrg Medicin). Однако произошедшая около 10 тысяч лет назад мутация, которая затронула ген OCA2, привела к тому, что производство меланина в радужной оболочке глаза было ограничено (и коричневая окраска была «разбавлена» до голубой). Если бы OCA2 был бы полностью выключен, человек стал бы альбиносом, так как прекратилась бы выработка меланина в волосах, глазах и коже. В данном случае изменения привели лишь к частичному ограничению его производства организмом. И хотя цвет глаз определяется различными параметрами, а не только количеством меланина, у голубоглазых его содержание в радужке значительно меньше, чем у всех остальных людей. Изучая ДНК митохондрий, учёные установили, что у всех людей с голубым цветом глаз присутствует незначительное изменение в определённом месте двойной спирали. В то время как у кареглазых нет какой-то одной характерной «точки», их вариации в строении ДНК (в той её области, что отвечает за процессы, происходящие с меланином в организме) более обширны. Из этого учёные и сделали вывод о том, что у всех голубоглазых был один общий предок, у которого и произошла данная мутация. В данном исследовании приняли участие 155 голубоглазых датчан, пятеро турок и двое иорданцев. По мнению Эиберга, данную мутацию нельзя считать положительной или отрицательной. Она, как и другие «вариации» (цвет волос или полное их отсутствие, родинки или веснушки), не увеличила и не снизила шансы человека на выживание, а потому лишь свидетельствует о том, что природа «пробует разные варианты».

Напомним, что древние кавказцы были голубоглазыми и светловолосыми, их и сегодня можно встретить в отдаленных горных селах.

Источник: MEMBRANA, собственные данные

Бесплатный сыр только в мышеловке или в Москве заработала единая бесплатная медицинская справочная

5 февраля в Москве открылся единый информационный центр «МедСправка». На сегодняшний день это единственная справочная служба, предоставляющая медицинские консультации по телефону бесплатно. Поступающие в колл-центр звонки принимают операторы, фиксирующие жалобы и пожелания клиентов. Затем полученная информация обрабатывается врачами профильных специальностей, определяющими список необходимых анализов и обследований. При выборе клиник учитывается местонахождение пациента, удобное для него время визита, а также, что немаловажно, его финансовые возможности. Уточнение вариантов лечения происходит во время ответного звонка клиенту, время которого оговаривается заранее. «МедСправка» сотрудничает с десятками клиник и исследовательских центров, расположенных во всех районах Москвы. Информационную поддержку нового проекта обеспечивает интернет-сайт MedPortal.Ru. Телефоны бесплатной медицинской справочной работают круглосуточно.

Мы позвонили в «МедСправку», действительно очень обходительные барышни отвечают на звонки, но «почему-то» предлагают информацию только о коммерческих медицинских центрах. Впрочем, такая услуга уже была в частных клиниках введена несколько лет назад. Видимо — это конкуренция. Или нарушение антимонопольного законодательства, так как известно, что аффилированные московским чиновникам структуры ведут активную скупку частных медицинских клиник для создания большого холдинга...

Источник: medportal.ru, собственная информация

Мы привыкли жить по приказам и кладем силы и жизнь на их создание. Вместе с тем система, базирующаяся на приказах, сегодня уже не жизнеспособна. Она может работать в армии, где «приказы не обсуждаются, а исполняются». Но она абсолютно не работает в гражданском обществе, к которому мы стремимся.

Так уж повелось исторически, что чиновники мыслят от приказа до рассвета, не понимая искренне, как можно без приказов жить. И плодят тонны нормативных документов, противоречащих друг другу, не отменяя прежних, вводящих новые нормы и правила. Разве чиновник будет читать, что написано ранее его предшественниками, изучать что-то, тем более что написано обычно маловразумительно. Его задача выдать на гора несколько документов в неделю. А там — тра-

решающих ничего и не имеющих к сложившемуся здравоохранению отношения.

Нужно понять: эра приказов кончилась. Дальнейшее развитие этого тупикового направления приведет к окончательному параличу системы. Необходимо немедленно приступить к созданию Медицинского Кодекса. Это должен быть многостраничный и многотомный документ, в котором должны найти отражения все проблемы современной системы оказания медицинской помощи и предупреждения заболеваний. Думаю, таких документов в мире нет, но там есть своды законов, которые постоянно модифицируются, собираясь постепенно в нечто подобное. Документ должен содержать большое число терминов и их определений, согласованных друг с другом.

Ведь приказ не может содержать определения понятий ни в каком виде: за этим следит Минюст. И Минздравсоцразвития может писать лишь те документы, которые обозначены в законах РФ. И если там нет названия документа, то и делать его нельзя. Вот нигде нет Номенклатуры работ и услуг, и ее не позволяют утвердить, хотя она есть по сути. Нет и все. Низзяаа...

Удивительно, что приказы министра никакого отношения не имеют к организациям здравоохранения, не входящим в поле зрения Минздрава: частным структурам, организациям ведомств и т. д. Мало того, что не может министр приказывать врачу муниципальной поликлиники что-то

делать, так он и не пытается приказывать частно практикующему врачу. Он его... не замечает. Чур-меня! Не найти ни одного! документа по негосударственной медицине. А частной медициной уже пользуются десятки процентов граждан. Например, в Москве анализы, если надо, делают давно только в частных клиниках, там же проходят всякие УЗИ и скопии. Или ведомственная медицина: РАО РЖД окучивает медицинской помощью аж 10 миллионов человек. Конечно, не 10% населения, но и не иглолка в стоге сена. Какое отношение приказы Минздрава имеют к железнодорожной медицине — а никакого. Что есть они, что их нет, там свое начальство и свои вопросы решаются своими способами. Еще есть армейская медицина, там тоже миллионы лечатся, еще ФСБ с пограничниками, а еще ГУИН с заключенными (тоже ведь на миллионы счет), а еще... много чего еще, но все это приказами Минздрава никак не регулируется.

Так, может, пора прекращать бесплодный труд. Федеральный орган должен формировать политику, а не заниматься мелочной фиктивной деятельностью. Нужны коллегии с широким привлечением общественности, обсуждение отдельных важных направлений развития в свете развития всей системы. Без кликушества и взяточничества, на основе научных подходов и понимания стратегии и тактики движения вперед. Сегодня несколько «центров кристаллизации» общественного мнения (Минздрав, Общественная палата, Госдума, Совет Федерации), выступают там

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

ПРИКАЗ КАК ЗЕРКАЛО БЕССИСТЕМНОСТИ НАШЕГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ва не расти. Сколько выпускается приказов в год — не знает никто. Статистика не ведется, анализ — не ведется, никто не сводит документы вместе, не занимается элементарной считкой. Архива приказов нет! Есть система поиска по ключевым словам в Гаранте и Консультанте+, можно попытаться использовать эти поисковые системы для количественной оценки продукции Минздрава. Обычно речь идет о 3—5 сотнях документов в год, но в иные годы появляются четырехзначные порядки в номерах.

Вот лишь несколько штрихов к портрету. В Службе крови действуют основополагающие документы 60—70-х годов — еще Минздрава СССР. Минздравсоцразвития по положению — не правопреемник Минздрава РФ, следовательно, не может отменить ни один приказ Минздрава РФ. Новый Министр Голикова заявляет о необходимости единой системы стандартов в здравоохранении, не подозревая о десятилетиях в 2007 г. Системы стандартизации в здравоохранении. Это — то, что торчит.

Разговариваю со специалистами по гемодиализу и трансплантации почки. Питер, Москва, Белгород — никто не в курсе существования нескольких приказов по стандартам организационным и технологическим по диализу. Никто! Даже не слышали про них, не то, что не знают содержания. И на сайтах соответствующих — ни гу-гу про это. Значит, документы есть, но ими не пользуются. Тогда — зачем они?

В начале двухтысячных Минюст стал отслеживать, что бы приказы Минздрава не носили обязательного характера. В результате получилось раздвоение личности — чиновники, которые их пишут и читают, уверены, что приказы обязательны, а по сути, даже если захотеть — они не обязательны. Более того, нет никакого реального контроля за их исполнением. Ну хотя бы отчет по каждому приказу через год. Ведь в каждом приказе написано — возложить контроль за реализацией на такого-то. И что? Что входит в такой контроль? Какие индикаторы? Или хотя бы словесный портрет того, что сделано с помощью приказа. Один из первых принципов, заложенных в системе стандартизации в здравоохранении, — проверяемость, т. е. возможность оценить на основе объективных данных результаты применения требований нормативного документа.

Страна давно живет «по понятиям». Никакой системы здравоохранения нет, и она не просматривается. Отдельные судорожные попытки латания Тришкиного кафтана ни к чему не ведут. Никто и не рассматривает здравоохранение как систему. Все попытки создания системных документов всегда наталкивались на активное непонимание и глухое сопротивление.

Министры приходят и быстро уходят. Среднее время пребывания министра у руля — меньше 2 лет за все постсоветские годы. На этот период приходит и новая команда, причем полгода одна команда не работает, ожидая, что что-то произойдет, а еще полгода новая команда никак не приступит к работе. Итого из 2 лет год уходит на внутривидовую борьбу. Нечего и рассчитывать, что кто-то что-то созидательное может совершить за это время. И начинается опять гонка никому не нужных бессистемных приказов, не



одни и те же записные ораторы, говорят одно и то же и никакой продукции из всего этого нет.

В.В. Путин, выступая перед Госсоветом 08.02.08, задал неожиданные рубежи, не очень понимая, как их достичь. С увеличением рождаемости продолжительность жизни станет стремительно снижаться, следовательно, чтобы ее привести к нормативу 75 лет, нужны чудовищные усилия по изменению ситуации с излечением заболеваний и продлением жизни тем, кто болен неизлечимо. В Европе 70% больных раком переживают 5 лет — а у нас? — единицы? Пока за хребтами и перевалами приказов ничего подобного не просматривается: одна пустопорожняя болтовня. Из этой горы не родится даже мышь.

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА МАРТ—АПРЕЛЬ 2008 г.	
Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И.М. Сеченова, Моховая, 11	
Дата, автор	Тема, аннотация
12 марта 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии.
12 марта 2008 года, среда в 17.00 1. Проф. Тартаковский И.С. (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалея) 2. Белоцерковская Ю.Г., проф. Синопальников А.И. (ГИУВ МО РФ)	1. Диагностика «атипичных» инфекций: возможности и ограничения. В докладе будут рассмотрены современные подходы и особенности диагностики инфекций, вызываемых «атипичными возбудителями пневмонии»: хламидиями, легионеллами, микоплазмами. Анализируется роль данных возбудителей в этиологии острых пневмоний и при хронических инфекциях. Показана взаимосвязь совершенствования алгоритмов диагностики с прогрессом в изучении биологии и экологии возбудителей. 2. Бронхиальная астма и Chlamydomorphila pneumoniae. Оценивается влияние Chlamydomorphila pneumoniae на манифестацию бронхиальной астмы у предрасположенных лиц, частоту и тяжесть обострений, а также естественное течение заболевания. Раскрываются факторы, поддерживающие предположение об участии C.pneumoniae в патогенезе бронхиальной астмы. Представляются результаты открытого рандомизированного сравнительного исследования эффективности 8-недельной терапии азитромицином у пациентов с нетяжелой стабильной астмой.
26 марта 2008 года, среда в 17.00 Академик РАМН Насонова В.А., д.м.н. Белов Б.С. (Институт ревматологии РАМН)	Проблема острой ревматической лихорадки в XXI веке. Настоящее сообщение посвящено острой ревматической лихорадке – одной из актуальных проблем современной медицины. Будет представлена новая классификация и номенклатура заболевания, принятая Ассоциацией ревматологов России в 2003 г., трактовка диагностических критериев в свете рекомендаций ВОЗ, а также детальные схемы терапии и профилактики с применением современных лекарственных препаратов.
9 апреля 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии.
9 апреля 2008 года, среда в 17.00	Совместное с Московским обществом патологоанатомов пленарное заседание общества. 1. Неблагоприятные последствия диагностики и лечения (врачебные ошибки и ятрогении). Приоритетной задачей ВОЗ провозглашено увеличение безопасности лечения, частота ятрогений достигла 10–16% («эпидемия ятрогений»). В Москве – 2–9% (30% при жизни не распознано). Важно различать медицинские (врачебная ошибка, ятрогения) и юридические понятия (реализованный риск, вина по неосторожности, халатности др.). Ятрогении – это любые патологические процессы, развившиеся как результат любых медицинских мероприятий. Их рост закономерен, для их профилактики и лечения необходимы разработка теоретических основ безопасности лечения и улучшение статистического учета. 2. Право пациента на информацию и информированное согласие на исследование и лечение (этические, юридические и психологические проблемы). Вступивший в действие с 1-го января 2008 года, Национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» поднимает этические и юридические проблемы, связанные с ведением медицинских записей и владением персональными данными пациентов. Фармакологические фирмы прочно избавляются от именных регистров, обсуждается необходимость получать информированное согласие на хранение любой персональной информации пациента. Авторы Стандарта расскажут о том, какие возможности заложены в развитии медицинской информатики, которая ни в коей мере не заменяет ВРАЧА, но может помочь ему во многом.
23 апреля 2008 года, среда в 16.00 в помещении ГУ Гематологического научного центра РАМН (Новый Зыковский пр-д, 4. Проезд ст. м. Динамо, выход к северным трибунам, далее авт. № 105 или маршрутное такси № 4 до остановки «1-ая улица 8 Марта». ГУ ГНЦ РАМН (административный корпус, 5 этаж, большой конференц-зал) 1. Академик Воробьев А.И. (ГУ ГНЦ РАМН) 2. Проф. С.А. Васильев, к.м.н. О.В. Марголин, проф. Я.Д. Сахибов (ГУ ГНЦ РАМН)	Пленарное заседание общества, посвященное 110-летию со дня рождения выдающегося отечественного гематолога академика АМН СССР Иосифа Абрамовича Кассирского. 1. Развитие идей И.А. Кассирского в современной гематологии. 2. Тромботические осложнения при лимфатических опухолях. В докладе рассматриваются этиологические, патогенетические, клинические и терапевтические особенности тромбозов, ассоциированных с различными лимфатическими опухолями. Предлагаются алгоритмы профилактики и лечебной тактики при тромбозах, в том числе ТЭЛА. 3. Концерт.
Секция лечебного питания в клинике лечебного питания Института питания РАМН (Каширское шоссе, 21)	
11 марта 2008 года, вторник в 16.00 А.А. Светикова	Питание в лечении профилактике остеопороза.
8 апреля 2008 года, вторник в 16.00 К.м.н. С.А. Дербенева	Применение фитостероидов в диетотерапии сердечно-сосудистых заболеваний.
Секционные заседания	
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
20 марта 2008 года, четверг в 15.00 Доцент М.Н. Палкин, к.м.н. И.Х. Олевский	Дискуссионные вопросы анализа ЭКГ при ИБС у пожилых.
17 апреля 2008 года, четверг в 15.00 Проф. А.Н. Ардашев, проф. Н.П. Потехин, к.м.н. Ф.А. Орлов, к.м.н. А.Ш. Синенко	Структурно-функциональные изменения миокарда при артериальной гипертонии различного генеза.
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней (В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11-а))	
27 марта 2008 года, четверг в 16.30 Проф. В.А. Дегтярев	Новый аппаратно-программный комплекс неинвазивного исследования системы кровообращения, значение для лечения артериальной гипертонии.
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»)	
18 марта 2008, вторник в 17.00 Д.м.н. В.В. Попов	Интервал Q–T и безопасность фармакотерапии.
15 апреля 2008, вторник в 17.00 Доцент М.Н. Палкин, С.Н. Иванов	Синдром неустойчивой предсердной тахикардии.
Секция неотложной терапии (В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Гроховского пер.))	
25 марта 2008 года, вторник в 16.00 К.м.н. М.М. Лукьянов, академик РАМН А.П. Голиков, д.м.н. В.А.Рябинин, к.м.н. В.Ю. Полумисков	Новые подходы в лечении и профилактике кризового течения гипертонической болезни.
22 апреля 2008 года, вторник в 16.00 Проф. И.А. Борисов, к.м.н. С.В. Захаров	Лечебные эффекты стентирования и АКШ при многососудистых поражениях коронарных артерий
Секция ревматологии (В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34))	
8 апреля 2008 года, вторник в 16.00 Д.м.н. Т.М. Решетняк, Н.В. Середавкина, академик РАМН Е.Л. Насонов	1. Антифосфолипидный синдром: кардиоваскулярные аспекты. 2. Демонстрация наблюдений.
Секция нефрологии и иммунопатологии (В клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11-а))	
20 марта 2008 года, четверг в 16.30 Т.В. Андросова, проф. Л.В. Козловская (ММА им. И.М. Сеченова)	Поражение почек при бактериальном эндокардите. Клинические наблюдения и комментарии
14–17 апреля 2008 года	Школа нефрологов в рамках конгресса «Человек и лекарство».

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

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

Правление МГНОТ

Сопредседатели секции:

– Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор

– Чучалин А.Г., академик РАМН, д.м.н., профессор

– Ноников В.Е., д.м.н., профессор

– Белевский А.С., д.м.н., профессор

Программа заседания:

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. 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»

Сопредседатели секции:

– Белевский А.С., член-корр. РАМН, академик РАМН, д.м.н., профессор

– Сандриков В.А., академик 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., профессор, ангиохирург

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

– Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор

– Чучалин А.Г., академик РАМН, д.м.н., профессор

– Ноников В.Е., д.м.н., профессор

– Белевский А.С., д.м.н., профессор

Программа заседания:

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. 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»

Приглашение

«Туберкулез»

8 апреля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ



XIII Международная научно-практическая конференция
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»
29 сентября—1 октября 2008 года
Центральный дом ученых РАН, Москва
Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net E-mail: gerontology@zdrav.net

Постоянно действующий Организационный комитет конференции
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении
29 сентября—1 октября 2008 года
XIII Международной научно-практической конференции.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

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

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 30 июня 2008 г. Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2008 г.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — до 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала размещаются ON LINE или пересылаются в 2-х экземплярах в адрес Оргкомитета с приложенной дискетой с электронным вариантом (Word для Windows). Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

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

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

на XIII Международной научно-практической конференции «Пожилкой больной. Качество жизни», забронировать номер в гостинице вы сможете **ONLINE** или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, пакеты с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов. Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции, К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

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

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: gerontology@zdrav.net. Web-сайты: www.zdrav.net www.zdravkniga.net

Председатель оргкомитета, профессор
Научный секретарь
Ответственный секретарь

Воробьев Павел Андреевич
Некрасова Наталья Игоревна
Рихард Галина Семеновна

Приглашение

«ИБС: таблетки или «скальпель»?»

20 марта 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА 2006 г., 184 стр., м.о.		СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 2007 г., 430 с., тв. п.
	Под ред. Новодзрновой В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии 2006 г., 154 с., м.о.		Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ по производственной и клинической трансфузиологии 2004 г., 540 с., тв. п.
	П.А. Воробьев ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА 2008 г., 80 стр., м.о.		В.В. Цурко ОСТЕОПОРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ 2004 г., 136 с., тв. п.
	Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА 3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.		СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 2004-2006 г. CD.
	Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА 3 издание 2007 г., CD		НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2004 г. CD.
	Андреев Ю.И. МНОГОЧИСЛЕННАЯ ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 232 с., тв. п.		ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 2004 г., 64 с., м.о.
	Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2006 г., 632 с., тв. п.		П.А. Бубисова-Рыбачикова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА 2003 г., 228 с., тв. п.
	Горохова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 2006 г., 51 с., м.о.		СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2003 г., CD.
	Тогин Е.Е., Тогин Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения 2006 г., 254 с., тв.п.		П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 2001 г., 168 с., тв. п.
	Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ том 1, 2002 г., 440 с., тв.п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.		Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА 2001 г., 288 с., тв. п., м.о.
	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ» 2005 г., 76 с., м.о.		Б.В. Петровский ГЕРОНИМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ 2001 г., 200 с., тв. п.
	Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 2007 г., 1275 с. с илл., тв. п.		Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Кривошей АТЛАС ОПУХОЛЕЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ 2007 г., 294 с. с илл., тв. п.
	Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИЧКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ. ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 2008 г., 792 стр., тв.п.		Под ред. Л.М. Горюховского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРИАТРИЧЕСКОЕ УРОЛОГИИ 2000 г., 362 с., тв. п.
			Б.П. Богданов ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА 2007 г., 653 с., тв. п.
			А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА 1996 г., 180 с., м.о.

Приглашение

«Полинейропатия: многообразие причин»

24 апреля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

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, В.В. Власов, О.В. Борисенко
Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мушин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлепков А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.
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: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38
При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.
За рекламную информацию редакция ответственности не несет. Рекламная информация обозначена **Б**