



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Павел Воробьев

К СТОЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ: СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Н.А. СЕМАШКО, ПЕРЕВЕРНУВШАЯ МИР

Сегодня только ленивый не ругает Советскую власть, почему-то заменяя этот термин «властью большевиков» и, если говорить о здравоохранении, недобрый словом вспоминают систему Семашко. Учитывая, что в мире есть всего две «именные» системы здравоохранения — Семашко и Бисмарк — и обе возникли на рубеже XIX и XX веков, стоит рассмотреть и обсудить их особенности.

Эти системы получили свое развитие в разных странах. Например, система Национального здравоохранения Великобритании носит имя Бевериджа и основана на приложениях положений системы Семашко к условиям этой страны, а американскую «систему» (эта страна не имеет системы здравоохранения) можно, скорее, сравнить с системой Бисмарка. Если первое сравнение общеупотребительно, то второе — авторское предположение.

Предпосылки

Здоровье человека было его личным делом. Врачи были, но наряду с цирюльниками, знахарями и повивальными бабками. В начале XIX века начал формироваться отряд сестер милосердия. Врачи оказывали помощь за деньги, иногда — за казенный счет, если это была армия, а сестры милосердия работали на благотворительных началах.

Системы здравоохранения формировались почти одновременно в России и Германии во второй половине XIX века. В России это была земская медицина. Земство нанимало врача, и он работал с фельдшерами, которые находились в поселках и деревнях, оказывая первичную помощь. Позже стали появляться небольшие участковые больницы, где врач не только вел прием, но и оперировал.

К 1864 г. в России было 519 государственных больниц, 33 дома для умалишенных, 107 богаделен. Они подчинялись медицинскому департаменту МВД, так как МВД выполняло не только полицейские функции. В ходе земской реформы в обязанность земств было включено «попечение о народном здравии», и в земствах стали появляться медицинские учреждения, обслуживающие крестьян по участковому принципу. Работали в них, в основном, фельдшеры — уникальные для мировой медицины специалисты. К 1910 г. в России было 3082 земских врача и около 1700 лечебниц с 22 тысячами коек.

Система земской медицины казалась исключительно удачно приспособленной к нуждам русской деревни, и земский врач, наряду с сельским учителем, стал символом самоотверженности в служении общественному долгу. Хотя, если внимательно вчитаться в воспоминания гениальных писателей-врачей, хорошего было мало и эффективность такой системы вызывает вопросы. Например, на Камчатке в 1873—1874 гг. были открыты больницы для лечения сифилиса, которым болели поголовно. А через несколько лет они были закрыты как «дорогая затея, не оправдавшая возложенных на нее задач».

В конце XIX века в МВД была создана комиссия под председательством

профессора С. Боткина для «изыскания мер к повсеместному оздоровлению России». Комиссия продолжала работу до начала Первой мировой войны. Последним ее председателем был профессор Георгий Рейн, который сформулировал идею о необходимости централизованной системы управления здравоохранением. Комиссия впервые разработала нормы обеспечения населения медицинской помощью.

Г. Рейн писал, что «медицинское дело сводилось главным образом к обеспечению помощи больным и к прекращению вспыхнувших эпидемий, а задача устранения условий, способствующих возникновению и развитию заболеваний, и целесообразная постановка общественной гигиены и санитарии отходили силою вещей на второй план». Обратим внимание, что этот тезис — примат профилактического направления — приписывается системе Семашко. Новое министерство должно было в первую очередь заняться общественной гигиеной и санитарией.

В период столыпинских реформ появились уложения об обязательной заводской медицине. Началось строительство медицинских организаций при заводах, фабриках, некоторые дошли до наших дней. Например, больница при ткацкой фабрике в Орехово-Зуево располагала наилучшим «фонарем» над операционной в мире, откуда студенты наблюдали за ходом операции.

Еще одним важным фактором появления общественных организаций врачей — от узко специализированных, до общеврачебных. Первым примером можно назвать Московское терапевтическое общество, вторым — Пироговское общество. Все эти организации активно участвовали в вопросах общественного здравоохранения. Нельзя не вспомнить, что в это время МГНОТ рассматривало на своих заседаниях вопросы устройства водоснабжения жителей города — водопроводы, канализацию. Источником воды для многих был фонтан на Лубянке (на месте, где долгие годы стоял памятник Ф.Э. Дзержинскому), откуда водовозы на телегах развозили ее по домам.



Николай II учредил-таки Главное управление государственного здравоохранения, но медицинская общественность осудила эту реформу. Против выступили не только большинство известных врачей, но и Пироговское общество. Все были уверены, что министерство станет бюрократической структурой, мешающей свободному развитию земской и городской медицины, врачебному самоуправлению. Левые партии в Государственной думе тоже не поддержали эту идею, выступая за развитие медицинского страхования по примеру Германии — больничные кассы при профсоюзах. Непосредственный Николай II под давлением Государственной думы ликвидировал в 1916 г. новую структуру.

Интересно, что врачи всюду оказывали активное сопротивление реформам. Так, в Великобритании, уже после 2-й Мировой войны, министр здравоохранения лейбористского правительства Анайрин Беван расколол медицинское сообщество, нарисовав печальные перспективы заработка при формировании Национальной системы здравоохранения, и получил поддержку ведущих врачей, пообещав им значительное материальное вознаграждение. Не случайно так много копий ломается в США относительно социально направленной реформы здравоохранения. Это четко отражает эгоистический интерес медицинского сообщества в получении монопольной прибыли (не только, кстати, материальной), которая определяется самим существованием рынка платных медицинских услуг.

Чем же различаются две основные системы?

1. Чаще всего упоминаются различия в источниках и формах финансирования медицинской помощи. Бисмарк предложил собирать деньги в кассу при предприятиях и из нее оплачивать медицинскую помощь. В той или иной мере это прообраз системы медицинского страхования. Семашко обобщил средства здравоохранения в бюджете страны. В первом случае за бортом системы оказываются неработающие (что мы ви-

дим, например, в США), во втором — обеспечивается всеобщая доступность к системе вне зависимости от того, работает человек или нет (финансовая солидарность). В современном мире неработающее население в странах с медицинским страхованием все равно получает помощь за счет бюджета, поэтому бюджетная система становится постепенно главенствующей во всех странах. Реформы здравоохранения в США направлены в эту же сторону.

Иногда, перегибая палку, утверждают, что в системе Семашко нет места внебюджетным источникам финансирования. Это не так. Напомним про ФАПы в колхозах и совхозах, колхозные здравницы, санатории крупных предприятий, медсанчасти заводов, железнодорожную медицину. Система УХЛЮ оказывала платную медицинскую помощь. Бесконечное число платных консультаций (главное, чтобы не узнал фининспектор), стоматологическая помощь на дому — все это было достаточно широко распространено. Отрицание многоукладности финансирования не входило в систему Семашко.

2. Принцип солидарности: богатые граждане поддерживают бедных за счет перераспределения части своих доходов через систему прогрессивного налогообложения или страховые взносы. Это фактически отвечает социалистическому принципу «от каждого по материальным возможностям, каждому по его медицинским потребностям». Однако именно от этого принципа отказалась новая власть России, введя:

а) плоскую шкалу налогообложения на здравоохранение,

б) налогообложение введено в виде начисления на заработную плату и не учитывает доходы (а основные деньги — до 80% — сегодня люди получают от разнообразной ренты, а не в виде зарплат),

в) шкала налогообложения не просто плоская, но, наоборот, с больших зарплат уплачивается лишь часть суммы: если зарплата превышает некий порог — с нее перестают удерживать начисления на медицинское страхование.

То, что мы имеем в настоящее время — пародия на принцип солидарности: бедные платят во много раз больше богатых, а богатые могут вовсе не платить в обобщенный медицинский фонд.

3. Третий важнейший принцип — вертикализация инфраструктуры и управления. Или, иными словами, — создание национальной системы здравоохранения. Этот принцип так никогда и не был доведен до логического конца: региональные руководители здравоохранения не находились в прямом подчинении минздрава страны, финансирование, в основном, осуществлялось за счет средств регионов, а не государства. Лишь относительно небольшие средства

Павел Воробьев

К СТОЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ: СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Н.А. СЕМАШКО, ПЕРЕВЕРНУВШАЯ МИР

Окончание. Начало на стр. 1

на здравоохранение отчислялись из общего бюджета страны: на содержание НИИ, ведомственных клиник. С другой стороны, ведомственные приказы являлись руководящими принципами организации работы в регионах. Вместе с тем реально отследить деятельность региональных систем здравоохранения не представлялось возможным, особенно по мере усложнения медицины, появления огромного числа новых технологий. Никто не предложил системы индикаторов, не использовались стандарты в здравоохранении. А без этого трудно ожидать эффективной работы системы.

4. Четвертая позиция, о которой надо сказать — обеспечение **принципа справедливости**: равное право на медицинскую помощь имеют все граждане вне зависимости от их доходов и места проживания. Первичная помощь общедоступна, во всяком случае — декларативно. Базировалось это на огромной армии фельдшеров, появившихся на рубеже столетий. Нигде в мире не было подобного специалиста — недоучившегося врача. В первые годы советской власти фельдшеры начали массово переучивать на врачей, так как их оказалось слишком много, а новыми технологиями они овладеть не могли. Даже первый нарком здравоохранения СССР — Г.Н. Каминский — не имел законченного высшего медицинского образования, что не помешало ему развивать профилактическое направление.

По мере усложнения медицинских технологий фельдшеризма стало недостаточно. Тогда стали создавать поликлиники. Витала идея многофункциональности, с одной стороны, и специализации — с другой. Участковый терапевт пришел на смену фельдшеру, но его функции не сильно отличались от последнего: диспансеризация, вовремя осуществить первичную диагностику (заметим — не синдромальную, о таковой у нас никогда не говорили, а нозологическую) и направить к нужному специалисту или в стационар. Одновременно сформировались удивительные специальности, которых не знает мир: амбулаторный хирург, который занимается не оперативным лечением (оперировать-то ему негде, да и опыт обычно отсутствует, если это не госпитальный хирург на пенсии), а диагностикой и лечением «хирургических» болезней. Экологическим выглядит и амбулаторный акушер-гинеколог, невролог, эндокринолог, кардиолог или — более редкий специалист — гастроэнтеролог, уролог.

А в это время наши английские последователи создавали модель универсального врача первичного звена —

врача общей практики, который сам разбирался во всех проблемах своих пациентов, выполняя порой достаточно сложные процедуры. Например — всевозможные пункции и биопсии. Вообще все, что касается мануальных навыков выполняется преимущественно амбулаторно. В отличие от нас, где проще отправить на койку для простейшей стерильной пункции, которую делать не умеет никто.

Развитие всеобщего охвата медицинской помощью привело к обратному результату. Участковый врач не может оказать реальную профессиональную помощь при большинстве заболеваний и вынужден отправлять к специалистам, число которых весьма мало. Создается дефицит, проще всего решаемый госпитализацией. Тем более что никто ни разу не удосужился написать простой документ: показания к госпитализации. Чего бы проще, казалось, но никогда в России такое положение сформировано не было. Результатом стало беспрецедентное развитие коечного фонда, который превысил все мыслимые нормативы, став едва ли не самым большим в мире. Участковые земские больницы по 5—10 коек начала XX века превратились в огромные стационары по 200—300 коек в районах. Которые, как сегодня абсолютно очевидно, не могут оказывать помощь в соответствии с современными достижениями медицины: нет ни оборудования, ни квалификации, ни опыта.

Недаром в 1980-е годы заговорили о необходимости развития стационарзамещающих технологий. Но, сказав: «А», забыли сказать «Б»: эти койки дневного пребывания превратились не в место амбулаторной интенсивной терапии опухолей или ревматических заболеваний, а в пародию на медицину, где больным с хроническими болячками делают «капельницы» святой водой (ой, физраствором!) с набором лекарств с недоказанным эффектом (а точнее — без всякого эффекта). По образному выражению профессора В.В. Баева, «вспучивают кровь». Образ святой воды не случаен: люди верят в силу капельниц, а в промежутке — не лечатся. Но это уже современные издержки.

5. Ну и, наконец, знаменитое **профилактическое направление**. Сколько про это написано и сломано копий! Отношение к теме воистину ортодоксальное, а ведь прошло почти сто лет, уже можно трезво взглянуть на проблему с современных позиций.

Что я имею в виду. Вопрос эпидемий, безусловно, завязан на профилактике. Чистая вода, карантин, опыления водо-

емов и лесов — тут спорить не с чем. Но только это не имеет никакого отношения к медицине, к врачу. Здравоохранение — да, но медицина — нет. Равно, как и борьба с курением и алкоголизмом, наркоманией и прочими управляемыми факторами риска. А все ли мы знаем? А управляем? Например, при советской власти трудно было купить йодированную соль, теперь — йодированную. Причем именно там, где она нужнее всего. А что с кальцием в воде, ведущим к мочекаменной болезни? Не обсуждаем! Я не говорю про бесконечную череду экологических бедствий локального характера. Они все — вне поля зрения современного здравоохранения. А ведь это чудовищные последствия для многих десятков тысяч наших сограждан. Зато все знают про вред холестерина, необходимость приема аспирина и статинов.

Из того наследия — вера в эффективность прививок. Хотя очевидно, что для одних эффективность как минимум отсутствует (например — от гриппа), для других — сомнительна (например — от туберкулеза, вируса папилломы человека, пневмококка), для третьих — неясны отдаленные последствия массовой вакцинации (в первую очередь — вопрос кори). Но в полном соответствии с религиозными воззрениями прививки — «наше все». Пусть люди умирают от злокачественных новообразований, пусть не лечатся гипертония и сахарный диабет — денег нет: важен охват прививками. Самое циничное свидетельство — отчет медицинских работников о массовой гибели тысяч людей от голода и людоедства на острове Нанкин в начале 1930-х гг., заканчивающийся оправданиями, почему не сделали умирающим прививки.

Представление о социальной причине всех болезней и борьба с социальными язвами на начальном этапе советского здравоохранения помогли в преодолении эпидемий, но оказали «медвежью услугу» медицине в дальнейшем, особенно — в последние годы. Да, туберкулез болезнь отчасти социальная, но механически переносить это утверждение на все остальные болезни — сердечно-сосудистые, бронхо-легочные, онкологические и др., причины которых лишь с большой натяжкой можно объяснить условиями жизни — неверно. Отсюда чрезмерные надежды на предупреждение этих заболеваний социальными мерами и бесконечная череда просчетов системы.

6. На мой взгляд, **первоочередное внимание детству и материнству — дискриминационный и порочный принцип**. Он противоречит принципу справедливости. Сегрегация в обществе по любому признаку недопустима. И как бы не прикрывались благие цели «цветами жизни», они ведут по дороге в ад. Почему этот принцип появился — понятно: в то время проводилась политика, направленная на равенство женщин в обществе. Реализация принципа привела к значительному снижению материнской и детской смертности. Отлично! Но это не принцип — это программа. Социальная поддержка семьи — вещь хорошая. Но почему тогда только детей? А стариков, которые зачастую требуют больше сил и внимания, чем дети? Про них забыли. Но сейчас, когда лица пожилого возраста составляют треть и более населения, забота о них не прописана в приоритетах системы здравоохранения. Кто-то цинично обозначил еще тему «работающего населения». Но в целом — здоровье каждого жителя страны должно быть приоритетом государства. Здравоохранение для больного, а не больной для здравоохранения.

Реализация этого порочного принципа привела к созданию двух параллельных основ систем здравоохранения: педиатрической (свои поликлиники и стационары) и акушерско-гинекологической (женские консультации,

роддома, гинекологические больницы, а теперь еще — перинатальные центры). Мир не знает подобного, неэффективного не только по затратам, но — главное! — и с медицинской точки зрения. В мире врач общей практики обеспечивает медицинскую помощь всем жителям вне зависимости от их возраста и пола. Только не надо утверждать, что «наша» система лучше хоть по каким-то показателям. Смертность выше — значит, не работает. Отказаться от такой структуры политически сложно, но рано или поздно это произойдет: слишком большое распыление сил и средств без всякого обоснования.

7. **Пропаганда и участие общественности**: к ней привлекались многие выдающиеся поэты и художники. Все мы выросли со стихами «Если мальчик любит мыло и зубной порошок», «Да здравствует мыло душистое и полотенце пушистое». Вплоть до «закаляйся, если хочешь быть здоров» или знаменитой «вдох глубокий, руки шире, не спешите, три—четыре» В. Высоцкого. Жаль, что сегодня эта тема ушла из общественной жизни, заменившись на бесконечных знахарей и шаманов с телеэкрана и полудокторов, иногда — с профессорскими «лычками», продвигающими те или иные технологии или таблетки.

Разрушение системы Семашко

Система была костью в горле многим экономистам, возглавившим реформы в стране. Сначала тихо, в недрах Верховного Совета РСФСР, был принят закон о медицинском страховании. Никто не обратил бы на него внимания — мало ли какие законы принимаются — но в это время рухнул Советский Союз. И оказалось, что в новой России есть свой самобытный передовой закон. Правда, ни авторы, ни читатели не смогли трактовать многие положения этого закона, настолько «мутно» они были написаны (или списаны откуда-то). Например, не смогли объяснить разницу между лицензированием медицинских организаций и их аккредитацией. Или что такое стандарты и зачем они нужны. Все статьи закона были в 2—3 строки, оставляя широкий простор для трактовки. Кстати, никаких фондов ОМС законом не предусматривалось.

Не буду называть фамилии людей, продвигавших «новые идеи» для движения в тупик. Я с ними хорошо знаком, много работал, сегодня далеко не все из них сошли со сцены. Консолидировались они вокруг двух фондов — Мирового банка реконструкции и развития, а также европейского его аналога. Были многочисленные проекты, по которым писались бумаги, закупались приборы, исчезавшие в никуда, но ставивших государство в позу должника (напомню малоизвестную историю массовой закупки эхокардиографов в 90-е годы). Иногда вспыхивали протуберанцы сопротивления экспансии, как было в начале «нулевых» с поставкой просроченных лекарств от туберкулеза: она была остановлена только на уровне Государственной думы. Сейчас тех «сопротивлянтов» уже нет и спокойно «заливаются» препараты, требующие огромных средств и не имеющие твердых обоснований для применения: например, при некоторых редких заболеваниях или при онкопатологии, многое другое. Не бескорыстно это все.

Одновременно, а точнее — заранее, началась массированная атака в прессе, которая не закончилась и по сию пору. Как только не кланут систему Семашко, передергивая, фантазируя, просто извращая. А система работает. Плохо, со скрипом — но работает. Она оказалась удивительно устойчивой. А значит надо менять ее, а не уничтожать, исправлять, выводя на новый уровень управленческих технологий.

Что делать?.. Об этом — в других публикациях.

А. И. Воробьев

К СТОЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ



Книга Почетного председателя Президиума МГНОТ, академика А.И. Воробьева основана на изучении автором огромного материала воспоминаний участников исторических событий самой разной политической ориентации, представляющего всесторонний взгляд на проблему.

Обсуждаются причины Октябрьской революции, ознаменовавшей гибель капитализма с остатками феодализма в России и колониализма в мире. Революция стала предпосылкой мощных социал-демократических преобразований на планете.

Насколько понимание эпохи важно для сегодняшнего российского общественного сознания? В книге анализируется победа Октября, утвердившаяся в условиях выхода России из Первой мировой войны и окончания последующей Гражданской войны. Вскрываются корни политических ошибок общества, приведших к возникновению самой страшной диктатуры XX века. Сталинская диктатура, узурпировав власть и уничтожив творцов революции, приписала себе плоды революционного подъема, главным из которых — высочайшее развитие культуры народов Советского Союза. В этой диктатуре заложены исторические предпосылки развала страны.

История Октября — не только история. Капитализм, сложившийся в современной России, — это позавчерашний день мировой цивилизации. Строить будущее нашей страны, забыв ее прошлое, — серьезная ошибка.

В качестве приложений к книге — несколько статей автора на темы, близкие основной, захватывающие, в том числе, и проблемы медицины.

Книга издана издательством «Ньюдиамед» в 2017 г. ограниченным тиражом.

«ЗДОРОВЬЕ — ЭТО САМОЕ ЦЕННОЕ, ЧТО ЕСТЬ У ЧЕЛОВЕКА»

Так говорил теоретик и организатор советской системы здравоохранения (впоследствии ее заимствовали многие страны мира), первый народный комиссар здравоохранения постреволюционной России, профессиональный врач и революционер, педагог и ученый, академик Николай Александрович Семашко.

На «каноническом» портрете Н.А. Семашко мы видим пожилого, интеллигентного человека с бородкой и строгим взглядом. В представлении многих — «настоящий профессор», полностью погруженный в науку, далекий от политики и житейских проблем. Жизнь академика Семашко вдребезги разбивает подобные клише: его биография похожа на увлекательный роман.

Талантливый врач и «ярый большевик»

Будущий академик родился в сентябре 1874 г. в селе Ливенское Орловской губернии в семье учителя. Его мать, Мария Валентиновна, была родной сестрой известного русского марксиста Г. Плеханова. Забегая вперед, скажем, что молодой врач-революционер Семашко, оказавшись в эмиграции, решительно разошелся с дядей в политических взглядах и нещадно его критиковал. Плеханов был настолько раздосадован поведением родственника, что отказался помогать Николаю, когда его в 1907 г. арестовали в Женеве по запросу царских властей. Молодому революционеру грозила депортация в Россию, его обвиняли... в экспроприации и убийствах. На самом деле Семашко в ограблении не участвовал, но Плеханов не упустил случая связать в адрес племянника — горячего сторонника Ленина и большевиков, не брезговавших пользоваться украденными в результате «революционных налетов» деньгами: «С кем поведешься, от того и наберешься». В итоге лишь хлопоты Ленина предотвратили депортацию будущего академика.



А началась революционная деятельность юного Николая сразу после поступления на медицинский факультет Московского университета, что не помешало ему стать одним из лучших учеников. Преподаватели были выдающиеся — физиолог И.М. Сеченов, гигиенист Ф.Ф. Эрисман, хирург Н.В. Склифосовский и другие медицинские авторитеты.

Но политика все-таки «взяла свое»: в декабре 1895 г. студента Семашко арестовали за подготовку массовой демонстрации студентов и рабочих. После трех месяцев тюрьмы его отчислили из университета без права восстановления и выслали в Елец под надзор полиции. В ссылке будущий ученый тщательно штудировал труды Маркса, Гегеля, своего будущего непримиримого оппонента Плеханова, а также — медицинскую литературу. Николай настойчиво пытался продолжить профессиональное обучение, и, наконец, в 1898 г. его все-таки зачислили на четвертый курс медицинского факультета Казанского университета (в котором ранее учился Ленин).

Через три года одаренный студент с отличием сдал государственный экзамен на врача и отправился служить в Самару. Здесь, в губернском санитарном бюро, Н. Семашко поступил на должность эпидемиолога. Вскоре молодого специалиста направили на борьбу с эпидемией чумы в село Орлово-Гай и деревню Новую Александровку. Противочумная комиссия постановила: во избежание распространения заразы жителей поселений эвакуировать, а их

дома — сжечь. Однако, Н. Семашко, проведя несколько лабораторных исследований, выяснил: люди болели не чумой, а кожной формой сибирской язвы. Он сразу приступил к лечению и профилактике инфекции. В итоге все пациенты благополучно выздоровели и вернулись в свои сохраненные дома.

Так, уже в молодые годы, Н. Семашко проявил свой незаурядный талант врача. Но уже через пару месяцев его уволили со службы и запретили проживать в Самарской губернии. Причина все та же — политическая неблагонадежность. «Пришлось опять сниматься с якоря и пускаться в плавание по бурному житейскому морю», — писал впоследствии академик.

Академик издал немало научных трудов, один из самых известных — «Очерки по теории организации здравоохранения» (1947 г.). В них ученый сформулировал основные принципы государственного советского здравоохранения. Впоследствии их станут называть «системой Семашко».

Н. Семашко ездил по России, лечил больных, читал крестьянам лекции об инфекционных болезнях и способах их профилактики. В 1904 г., казалось, удалось осесть в Нижнем Новгороде, получив должность земского санитарного врача, но вскоре последовал новый арест по обвинению в нелегальной деятельности. После освобождения Н. Семашко покинул страну. Вернуться из эмиграции удалось лишь в сентябре 1917 г., накануне прихода к власти Советов.

К слову, путь в Россию сложился непросто: в Стокгольме Н. Семашко вновь (уже в который раз!) арестовали. На сей раз — по запросу Временного правительства Керенского, который был не в восторге от приезда в Петроград «старого большевика» и одного из ближайших сторонников Ленина. На сей раз выручили Николая Александровича его политические противники — меньшевики. Один из них заявил: «Я знаю Семашко как яркого большевика, но честного революционера». Поручительство меньшевиков перед шведами открыло «ярому большевику» путь в Россию.

Красный нарком

В сентябре 1917 г. Н. Семашко приезжает в Москву, где вместе с другими врачами (М.Ф. Владимирским, В.А. Обухом, З.П. Соловьевым и др.) активно включается в большую политику. В должности председателя Пятницкой районной управы Н. Семашко активно занимается вопросами здравоохранения и народного образования.

Новая глава его биографии началась после Октябрьской революции. В мае 1918 г. Н. Семашко назначают заведующим медико-санитарным отделом Московского совета. Впрочем, ненадолго. Декретом от 11 июля в Советской России был создан Народный комиссариат здравоохранения РСФСР, по предложению Ленина его возглавил Н. Семашко. Он руководил наркоматом до 1930 г.

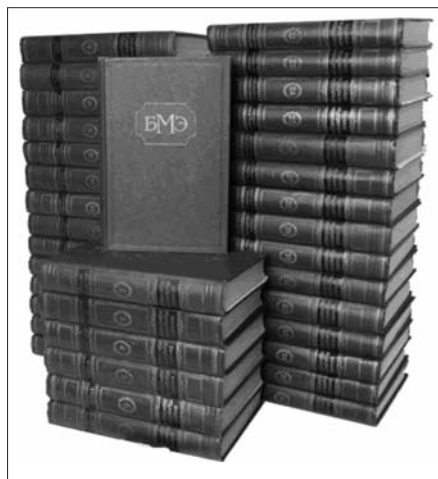
За эти годы Н. Семашко успел сделать столько, на что другим не хватило бы жизни. В стране, погруженной в кровавую гражданскую войну, голод и раз-

руху, строились новые поликлиники и больницы. Появилась станция службы скорой медицинской помощи в Москве, улучшилось снабжение медикаментами, принимались экстренные меры по профилактике распространения инфекционных заболеваний. В городах, деревнях, в частях Красной армии проводилась массовая вакцинация.

Отгремела Гражданская война, измученная страна постепенно возвращалась к мирной жизни. Наркомздрав под руководством Н. Семашко занялся восстановлением и расширением медицинской инфраструктуры, здоровьем населения. Благодаря наркому, в Советской России появились туберкулезные и венерические диспансеры, занимавшиеся

не только лечением, но и профилактикой болезней. Также Н. Семашко стал инициатором создания сети диспансеров по борьбе с профессиональными заболеваниями, по его личному указанию стало проводиться медицинское обследование рабочих на вредных производствах. Открывались санатории и дома отдыха для трудящихся.

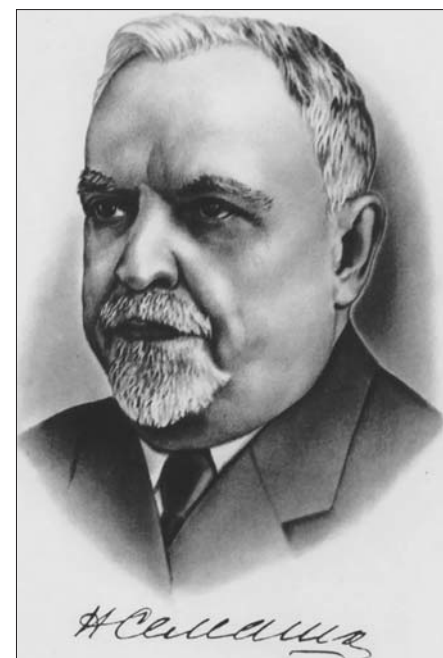
В 1927 г. на Всесоюзном совещании Н. Семашко предложил организовать центральный институт питания, объединяющий всю научную работу в этой области. Такой институт появился три года спустя, ныне он называется НИИ питания РАМН.



В те годы (как, впрочем, и в куда более позднюю эпоху «брежневского застоя») было принято сравнивать достижения молодого Советского государства с 1913 г. — последним благополучным годом Российской империи. Так вот, благодаря деятельности Н. Семашко на посту наркома, к 1930 г. удалось снизить, по сравнению с 1913 г., заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний на 20%. Кроме того, число больничных коек увеличилось на 40%, а врачебно-амбулаторных учреждений и женских консультаций — в несколько раз. Тот случай, когда цифры говорят лучше любых слов.

Педагог и ученый

Больше трех десятилетий Н. Семашко занимался преподавательской



работой. 27 лет он заведовал кафедрой социальной гигиены (впоследствии — кафедра организации здравоохранения) Первого Московского медицинского института. Вот как академик формулировал основные принципы работы советского врача: «Во-первых, учиться, учиться и еще раз учиться... Во-вторых, добросовестно относиться к своим обязанностям, в особенности — к больным... И, наконец, в-третьих, и лечебнику, и санитарному врачу нужно быть врачами-общественниками». То есть — служить на благо обществу.

Многие годы Н. Семашко занимался поистине фундаментальным трудом — созданием Большой медицинской энциклопедии. Под его руководством с 1928 по 1936 г. вышло 35 томов. Вдумайтесь: 8,5 тысяч авторских листов и 80 тыс. терминов, относящихся почти к 100 медицинским и сопутствующим дисциплинам. Будучи главным редактором БМЭ, Н. Семашко лично проверял каждую статью.

Кроме того, академик издал немало научных трудов, один из самых известных — «Очерки по теории организации здравоохранения» (1947 г.). В них ученый сформулировал основные принципы государственного советского здравоохранения. Впоследствии их станут называть «системой Семашко».

В рамках небольшого очерка трудно рассказать подробно обо всех заслугах Н. Семашко, приходится перечислить лишь некоторые из них. Он инициировал создание Центральной медицинской библиотеки и Дома ученых в Москве, при его участии в 1944 г. появилась Академия медицинских наук СССР. После окончания Великой Отечественной войны Н. Семашко активно восстанавливал систему здравоохранения на освобожденной советской территории. Ученый стал «отцом-основателем» кафедры социальной гигиены в Московском университете, первым главой Высшего совета по делам физической культуры и спорта, председателем Всесоюзного гигиенического общества.

До последних дней своей удивительно яркой и богатой событиями жизни Николай Александрович Семашко продолжал работать, несмотря на тяжелую болезнь. Ученый ушел из жизни 18 мая 1949 г., его похоронили на Новодевичьем кладбище столицы.

Давно нет Советского Союза, а постаревшие российские «младореформаторы» и те, кто пришел им на смену, продолжают поносить систему Семашко. Но, как и прежде, имя выдающегося советского врача, организатора и педагога остается в названиях многих лечебных учреждений России. И звучит это имя по-прежнему гордо.

Дмитрий Казеннов

ИнтерНьюс

Психозы можно вылечить иммунотерапией

The Daily Mail сообщает об эффективности иммунотерапии в лечении психических отклонений. К такому выводу пришли ученые Университета Оксфорда, исследовавшие воздействие методов иммунотерапии на пациентов, страдающих выраженными формами психоза. В результате применения методики наблюдалось существенное улучшение состояния больных.

Специалисты предполагают наличие иммунных патологий у 1 из 11 людей с психическими расстройствами. Результаты анализа крови у 228 пациентов с различными формами психоза продемонстрировали присутствие антител, соединяющихся с нейронами в мозге, у 9% из них. Ученые выявили способность антител влиять на работу мозга, вызывая помутнение сознания и возникновение галлюцинаций. На основании проведенных исследований сотрудники Университета делают вывод об эффективности удаления антител и подавлении иммунитета больных. В настоящее время методика показала успешность применения на 9 страдающих психозами различных форм пациентах. Планируются более масштабные исследования при участии 80 добровольцев.

<http://medvesti.com/zdorovie/dusha/35218-psihozy-mozhno-vylechit-immunoterapiy.html>

Ученые нашли способ снизить риск развития деменции

Специалисты из Университета Алабамы и Университета Западного Кентукки создали компьютерную программу для тренировки мозга. Исследование показало, что она снижает риск развития деменции у пожилых людей на 29%. В исследовании приняли участие 2802 здоровых пожилых человека в возрасте от 74 до 84 лет. За участниками следили в течение 10 лет.

Добровольцев разделили на четыре группы. Первая тренировала память, вторая — мышление, третья — скорость обработки информации, а четвертая была контрольной.

Существенных различий между группами, тренировавшими память, мышление и контрольной группой не было. А вот у добровольцев, тренировавших скорость обработки информации, риск развития деменции оказался в среднем на 29% ниже по сравнению с контрольной группой. Чем больше тренировок прошел человек, тем ниже был риск развития деменции.

<http://www.med2.ru/story.php?id=91843>

Обнаружена связь между болезнями сердца и группой крови

Специалисты Института сердца Межгородского медицинского центра, расположенного в американском Солт-Лейк-Сити, выяснили, что в условиях сильного загрязнения воздуха у людей со второй, третьей или четвертой группой крови риск возникновения сердечного приступа гораздо выше, чем у обладателей первой группы.

Недавно ученые уже заявляли о том, что наличие генов системы АВО (он имеет при II, III и IV группах крови) влияет на возникновение сердечных приступов у пациентов с коронарной болезнью. Сейчас исследователи поставили перед собой задачу узнать, насколько люди с вариацией генов АВО рискуют «заполучить» приступ в периоды сильного загрязнения воздуха.

Изучая этот вопрос, специалисты подвергли анализу информацию о пациентах за период с 1993 по 2007 годы. Ведущий автор исследования Бенджамин Хорн рассказал, что данные, полученные в ходе эксперимента, показывают: обладатели трех групп крови действительно рискуют гораздо больше, чем носители I группы.

Так, выяснилось, что, когда концентрация загрязняющих веществ превышает 25 микрограммов на кубический метр, вероятность сердечного приступа возрастает. Причем подъем «планки» на каждые 10 микрограммов для людей со II, III, IV группами повышает риск слечь в постель с приступом на целых 25%. Тогда как для пациентов с I группой опасность увеличивается всего на 10%.

Впрочем, эксперты говорят, что паниковать по этому поводу не стоит. Но знать об этом необходимо.

<https://mirnov.ru/zdorove/obnaruzhena-svjaz-mezhdu-boleznyami-serdca-i-gruppai-krovi.html>

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

8 ноября 2017 г.

Председатель: А.А. Зайцев, профессор

Секретарь: А.Б.Зыкова

Доклад: А.В. Погожева, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУН ФИЦ «Питания и биотехнологии»; профессор кафедры гигиены питания и токсикологии Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

«Алиментарная профилактика неинфекционных заболеваний»

Здоровое питание является основой здорового образа жизни. Однако питание населения нашей страны нельзя назвать здоровым. Мы недоедаем овощей, фруктов, много едим мясных продуктов, сладких и кондитерских изделий. В рационе немного не хватает молочной продукции, рыбы, и со временем наше питание меняется: мы начинаем потреблять больше животной пищи и меньше растительной. На сегодняшний момент увеличивается потребление животного белка. По всем нормам оптимального здорового питания животный и растительный белок должен составлять по 50%, а у нас сейчас — составляет 63% животного, а растительного — 37%.

Самая главная проблема нашего питания — это содержание жира. По всем нормам здорового питания жира должно быть меньше 30% от калорийности рациона. У нас данный показатель составляет 36—38%.

Самая главная проблема нашего питания — это содержание жира. По всем нормам здорового питания жира должно быть меньше 30% от калорийности рациона. У нас данный показатель составляет 36—38%. От года к году у населения снижается потребление углеводов, увеличивается потребление жира и белка.

По рекомендации ВОЗ содержание белка в рационе должно быть 12—13%, жира — менее 30%, углеводов — 57—58%, из них добавленный сахар — 10%, ПВ — 24 г. Неправильное питание населения приводит к нарушениям пищевого статуса и алиментарнозависимым заболеваниям. Пищевой статус — это состояние организма, связанного с питанием. Его нарушение ведет к следующим заболеваниям: атеросклероз, гипертоническая болезнь, гиперлипидемия, ожирение, сахарный диабет, остеопороз, подагра, злокачественные новообразования. Дефицит витаминов группы В обнаруживается у 10—47% взрослых и детей, витамина D — у 21%, витаминов E и C — у 3—11%. Полигиповитаминозы — у 30—70% взрослых и детей. Нередко дефицит витаминов сочетается с недостатком железа, кальция, йода и ряда других микроэлементов.

В настоящий момент почти каждый третий россиянин трудоспособного возраста имеет ожирение. Примерно 54% мужчин имеет избыточный вес, у женщин — 59%. У двух из трех человек, больных ожирением, развивается сахарный диабет второго типа. При избыточном весе продолжительность жизни сокращается на 5 лет, при выраженном ожирении — на 15 лет. Наиболее быстрый рост распространенности избыточной массы тела и ожирения у мужчин отмечается в 25—35 лет, у женщин — от 20 до 60 лет.

Сколько же стоит ожирение? По данным опубликованного документа консалтинговой компании McKinsey Global Institute, борьба с ожирением обходится населению Земли в 2 трлн. долларов ежегодно. Существует Северо-Карельский проект, который был ини-

цирован медиками и поддержан правительством Финляндии. За 30 лет своего существования он показал снижение смертности и заболеваемости в этой стране при коренном изменении питания. Высокая смертность и заболеваемость ожирением происходили из-за большого содержания жира в рационе и малого количества овощей и фруктов. Население Финляндии стало потреблять обезжиренное молоко; увеличилось потребление растительных масел, выводящих холестерин; снизилось потребление соли, которая ассоциирована с АГ. В итоге смертность от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и общая смертность снизилась на 80—85% за 30 лет.

Оптимальное питание — необходимое поступление пищевых и биологических активных веществ, обеспечивающих оптимальную реализацию физиолого-биохимических процессов.

Основные положения концепции оптимального питания: энергетическая ценность рациона должна соответствовать энергозатратам организма; величины потребления основных пищевых веществ — белков, жиров и углеводов — должны находиться в пределах физио-

логически необходимых соотношений между ними; содержание витаминов, макро- и микроэлементов должно соответствовать физиологическим потребностям человека; содержание минеральных и биологически активных веществ в пище должно соответствовать их адекватным уровням потребления.

«Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ» — государственный нормативный документ, определяющий величины физиологически обоснованных современной наукой о питании норм потребления незаменимых (эссенциальных) пищевых веществ и источников энергии, адекватные уровни потребления микронутриентов и биологически активных веществ с установленным физиологическим действием. Здоровое питание — это традиционные (натуральные) продукты, функциональные продукты и биологически активные добавки к пище. Рацион здо-

В настоящий момент почти каждый третий россиянин трудоспособного возраста имеет ожирение. Примерно 54% мужчин имеет избыточный вес, у женщин — 59%.

рового питания формируется из продуктов на основе зерна, в том числе — цельного (источник углеводов, пищевых волокон, витаминов группы В); разнообразных фруктов и овощей (источник углеводов, пищевых волокон, витамина С, фолиевой кислоты, каротиноидов и минеральных биологически активных веществ); обезжиренных и низкожирных молочных продуктов (источник белка, витаминов группы В, кальция); нежирного мяса, птицы, рыбы, бобовых, яиц и орехов (источник белка, железа, витаминов А, D, группы В). В рационе здорового питания необходимо ограничивать насыщенные и трансизомеры жирных кислот, холестерин (колбасные изделия, говяжий жир, маргарин, кондитерские изделия с жиром); поваренную соль (мясные и рыбные деликатесы, соленья); добавленный сахар (сладкие безалкогольные напитки, нектары, кондитерские изделия).

Здоровым питанием, в первую очередь, занимаются центры здоровья. Существуют также институты питания, центры медицинской профилактики, диетологическая служба. Главное организационное направление в профилактике — создание сети областных, городских и районных центров медицинской профилактики, кабинетов и центров «Здоровое питание». Такие центры уже функционируют в Москве на базе ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»; Новосибирске на базе НИИ терапии СО; Екатеринбурге на базе ЕМЦ профилактики и охраны здоровья работников промпредприятий Роспотребнадзора; Самаре на базе Самарского государственного медицинского университета; Мичуринске на базе городской клинической больницы. В КДЦ «Здоровое и спортивное питание» (Москва) разработан протокол комплексного обследования для выявления риска развития заболеваний, связанных с нарушениями питания: оценка фактического питания, пищевого статуса, гормонального профиля, иммунологического статуса и адаптационного потенциала, а также прогностические тесты. Было обследовано более 5000 человек взрослого населения: у 28,7% выявлена избыточная масса тела, у 34,8% — ожирение. Каждый обследуемый получил индивидуальные рекомендации для снижения риска развития заболеваний, обусловленных нарушениями питания. На данный момент на базе Института функционируют 3 учебные кафедры: это кафедра гигиены питания и токсикологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; кафедра нутрициологии и диетологии РМАПО; кафедра гигиены питания РМАПО. На двух из них можно пройти переподготовку по диетологии.

Вопрос: Из чего должен состоять ужин человека, который придерживается здорового питания?

Ответ: На ужин рекомендуется есть белковую пищу, потому что именно такая пища дает чувство насыщения. Фрукты не рекомендуются, потому что вызывают бродительные процессы. Также не рекомендуется на ночь много пить, так как чаще всего женщины просыпаются с отеками на лице, что портит их красоту. Резюмируя, ужин должен состоять из белковой пищи и овощей, потому что они на 95% состоят из воды и малокалорийны. Но если совсем тяжело, то можно выпить нежирный йогурт.

Вопрос: Какой должен быть питьевой режим?

Ответ: Тут бытуют различные мнения. Некоторые советуют пить 6—7 литров жидкости. На практике от такого количества появляются отеки. Можно пить много жидкости, если она хорошо выводится. Но чаще всего, особенно с возрастом и при наличии заболеваний, жидкость задерживается. В данном случае нужно не перебарщивать, поэтому среднее количество потребляемой воды должно быть около 1,5—2 литра в день, учитывая воду и различные напитки.

Вопрос: Зависит ли питание от сезонности?

Ответ: Считается, что зимой присутствует небольшое увеличение калорийности, потому что нужно себя еще и согреть. Летом должно быть обилие овощей и фруктов, но про них не стоит забывать зимой и осенью. Норма фруктов в день — это два фрукта.

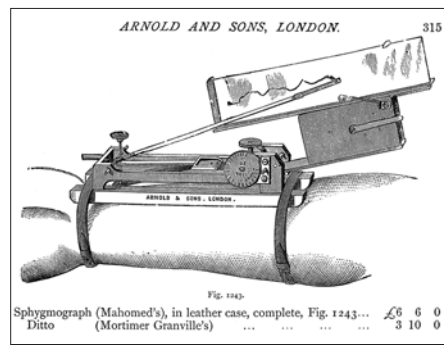
ПЕРВЫЙ ПРИБОР ДЛЯ НЕПРЯМОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ



Мы всегда были уверены, что артериальное давление (АД) прочно связано с методом его измерения «по Короткову». И гордились этим. Однако все оказалось не совсем так. Разрешите представить: Фредерик Акбар Махомед (Frederick Henry Horatio Akbar Mahomed) (11.04.1849—22.11.1884), английский врач. Его предки происходили из Бенгалии и Ирландии, в семье было 5 детей. Умер Фредерик в 35 лет, но успел оставить свое имя в истории, сконструировав сфигмоманометр для регистрации АД. Прибор позволял регистрировать только систолическое АД, им пользовались во второй половине XIX века.

Ранее представления о высоком АД исходили от Ричарда Брайта, имя которого носит гломерулонефрит (болезнь Брайта). Он считал, что гипертония — всегда проявление болезни почек. Такое представление периодически возникает и сейчас. Однако, сфигмоманометр, изобретенный Фредериком Махомедом, позволил выявить повышенное давление у людей, не страдающих гломерулонефритом. Собственно, с этого момента и появилась отдельная глава в медицине под названием «гипертоническая болезнь».

До того артериальное давление измерялось прямым способом — вставлением в артерию каноли. Очевидно, что такой способ был не слишком востребованным. J.L. Poiseuille в 1828 г.



Sphygmograph (Mahomed's), in leather case, complete, Fig. 1243... 56 6 0
Ditto (Mortimer Granville's) ... 3 10 0

приделал к каноле ртутный манометр, чуть позже С. Ludwig присовокупил киногограф — движущийся барабан, на котором можно было записать некую кривую давления, сфигмограмму.

Сфигмоманометр Махомеда следует поставить в этот ряд изобретений, так как он перевел инвазивную методику с пункцией артерии в неинвазивную, косвенную. Это прибор использовался достаточно долго, и следующим рубежом следует признать появление метода Riva-Rocci (1896 г.), предложившего пережимать артерию надуваемой велосипедной шиной, наложенной на плечо и оценивать силу пережатия. В том или ином виде этот метод используется и сейчас.

А что же сделал Н.С. Коротков? Собственно говоря — почти ничего. Он, будучи фронтальным хирургом, услышал шумы и толчки в пережатых артериях. Пытаясь объяснить феномен, обратился к профессору М.В. Яновскому, который и подсказал ему, что это открытие метода измерения АД. С тех пор метод «по Короткову» является основным методом измерения АД во всем мире, хотя в настоящее время от него постепенно отходят, используя иные методы физической оценки процессов.

П. Медик

НЕОБЫЧНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ НЕОБЫЧНЫХ СИТУАЦИЯХ

Пишет в социальной сети племянница из-за океана: ее сын «умирает», голова кружится, не может ее поднять, пару раз была рвота. Отвела к врачу — тот прокапал физраствор (не только у нас «вспучивают кровь») и назначил зофран. С какого перепуга — неясно. Температуры нет, кашля нет, соплей нет, ознобов нет — ничего нет! Просто очень и очень плохо. Ну, нам знаний не занимать: тут нужен соленый огурец. Но, вы не поверите — в Америке нет соленых огурцов! Как класса. И минеральная вода у них без соли — никаких тебе боржоми или эссентуков! Мы — люди умные: давай, говорю, сыпь в колу соль, да и «спайвай» ребенка. Не знаю, сколько она дала такого злого раствора, но ночь прошла спокойно. Правда, утром все вернулось. Были крекеры, что-то еще. И все-таки — дала зофрану таблетку. Мы-то знаем, что он волшебным вылечивает всякие болезни. В общем — все прошло. При «разборе полетов» выяснилось, что парень сильно потел, все майки в соли. Вот и потерял он натрий с хлором, а дальше — закрутился синдром гипохлоридрии.

Вывод: важно поддерживать не только водной баланс, но и солевой. Водой в такой ситуации можно и навредить. Ибо концентрация натрия хлора низка и если еще разбавить — то станет только хуже.

Другой случай. Летим мы с Камчатки. На взлете стюардесса начинает странно беседовать с сидящей напротив нее девушкой — глаза не закрывайте, не волнуйтесь и т.д. Понятно — легкая паническая атака. Но вроде разобрались. Я на всякий случай говорю, мол, мы врачи, если что. И вот уже ближе к Москве вызывают врача в первый салон. Там тоже паническая атака — дама лет сорока пяти: голова болит, кружится, тошнит и все такое прочее. Начинаем измерять давление, тут врывается какая-то экзальтированная баба с криком — я невропатолог, разойдитесь все! Пытаются даже нас оттолкнуть — так ей хочется помощь оказать. Немного урезониваем, но осадочек остается. Ну, что делать — самарский колхоз, оказыва-

ется. Она хватается женщину за руку и начинает ей массировать какие-то точки. Померить давление почти невозможно — мало того, что самолет шумит, она еще трет по руке. Я, конечно, возмутился.

Давление женщины нормальное, немного частит пульс. Из лекарств в бортовой псевдо-аптечке практически ничего нет. Не хочется даже перечислять этот убогий список. Есть валерьянка, но тут валерьянкой не поможешь: женщина мечется, взгляд тревожный, а тут еще деонтологически выдержанные доктора. Прошу принести коньяк, пятьдесят грамм. Даю пациентке и — о чудо! — через 10 минут все как рукой сняло. Начинает подробно рассказывать, что такие атаки у нее регулярно повторяются, что мужа нет, живет с двумя детьми, один уже в армии... В общем — неустрашенная судьба. Даю умный совет «про выйти замуж». И еще рассказываю, что в Европе или Америке панические атаки (это ведь не диагноз, а распушенность), лечатся радикально: раз и навсегда. Стоит только приехать на «скорой» в клинику и получить счет на 2—3 тысячи долларов за необоснованный вызов. И — все, далее вся симптоматика не выносятся за пределы комнаты: если очень громко дома стонать — «скорую» вызовут соседи, а платить придется пациенту.

Третья ситуация — более сложная, да и помощь не столь радикальна. Дама



на седьмом десятке с тяжелейшим ревматоидом, десятки лет на гормонах. Сколько раз предлагали ей уйти от этой страшной терапии — нет. Год назад упала, разбила голень и там образовалась незаживающая язва сантиметров 15 в длину и 8 — в ширину. Без гноя, хотя если не перевязать — сразу гноится. В начале лета заболела поясница, по «скорой» поехала в больницу (ну, верит больная местным докторам больше, чем всяким профессорам). В больнице упала, образовалась гематома на другой ноге. Тут какие-то шарлатаны подсуетились с «чудо-методами» и ее перекачали в военный госпиталь. Там в анализе крови обнаружили агранулоцитоз. Хорошо, я оказался рядом: агранулоцитоз гаптенный, скорее всего — на какой-то НПВС, который ей вкололи в городской больнице. Причем, у нее уже была аллергия на него.

Гаптенный агранулоцитоз требует «вылежки» в абактериальных условиях, антибиотиков, и все через две недели восстанавливается само. Никаких стимуляторов и гормонов. Все-таки в госпитале врачи грамотные, все сделали правильно, без паники. Через пару недель выписали даму домой.

А дома — трясет ее, с кровати не встает. До болезни бегала, а теперь страшно встать. И голова кружится, и ноги не держат. В общем, приготовилась дама залежаться в постели. Разговоры не помогают. И так, и эдак — нет, вставать не буду. Когда-то давно «поднимали» мы парня с аналогичными симптомами кагором. А эта дама не пьет. Вообще. Никогда. Дома кагор оказался, влил в нее с трудом рюмку. Потом, под угрозой, что приду и лично буду кагор заливать, она стала потихоньку его попивать — малюсенькими рюмками. А много-то и не надо. В общем, встала и пошла. Не сразу, но через два месяца вышла на работу. Хотя язвы теперь на обеих ногах, но понимает — надо двигаться, иначе смерть. Докладывает мне: пью кагор каждый день. Ну вот, сделал еще одного человека алкоголиком...

П. Медик

ИнтерНьюс

Триклозан, нарушая нормальную работу митохондрий, вызывает массовую гибель клеток печени

Ученые из Института теоретической и экспериментальной биофизики Российской академии наук в подмосковном Пушкино доказали, что триклозан — антибиотик, используемый, в частности, в некоторых видах мыла, запускает программу самоуничтожения в клетках млекопитающих. Исследование опубликовано в журнале ВВА — Biomembranes, общается РИА «Новости».

Специалисты, проведя эксперименты на крысах, выяснили, что триклозан, нарушая нормальную работу митохондрий (клеточных органелл, выполняющих энергетическую функцию), вызывает массовую гибель клеток печени.

Как показали опыты, попадание антибиотика внутрь митохондрий приводит к появлению отверстий в их внутренней мембране, вследствие чего органеллы увеличиваются в размерах в два раза. Из-за этого внутрь митохондрий проникают сигнальные молекулы, которые инициируют апоптоз клетки. Выводы, полученные для грызунов, справедливы и для людей.

Антибиотик триклозан открыт в середине 1960-х гг., применяется для борьбы с бактериальными и грибковыми инфекциями. В настоящее время триклозан запрещен к использованию в жидком и твердом мыле в ЕС и США.

«Стал он встречаться гораздо реже и у нас. Тем не менее, в больницах триклозан все еще используют в санитарных средствах», — отметил соавтор Константин Белослудцев.

<https://www.infpol.ru/news/society/1366...a-iz-mylya/>

Ученые сказали, что будет, если все станут вегетарианцами

Согласно исследованию, опубликованному Национальной академией наук США, если все станут вегетарианцами, многие люди столкнутся с дефицитом питательных веществ, передает Independent.

Было обнаружено, что если все начнут есть только растительную пищу, людям станет доступнее ряд важных питательных веществ, включая углеводы, медь, магний и цистеин. В то же время потребление других необходимых человеку элементов, которые мы сейчас получаем из продуктов животного происхождения, будет уменьшаться. К последним относятся кальций, витамины А и D, В12, арахидоновые, эйкозопентаеновые и докозагексаеновые жирные кислоты. Некоторые из этих веществ связаны с уменьшением риска сердечных заболеваний, а также со зрительным и когнитивным развитием у младенцев, остротой зрения.

«Все просто, есть некоторые требования к питательным веществам, которые мы не можем получать из растительных продуктов. Скорее всего, это говорит нам, что мы развиваемся как всеядные», — утверждает одна из авторов работы, Мэри Бет Холл из Службы сельскохозяйственных исследований Министерства сельского хозяйства США.

Исследователи, тем не менее, признают, что здоровое вегетарианское питание возможно на индивидуальном уровне, и даже что диеты на основе продуктов растительного происхождения связаны со многими преимуществами для здоровья. Однако в Национальной академии наук США отмечают, что масштабировать это на все население будет трудно: ведь в таком случае многие люди будут попросту недоедать. Возможное решение проблемы в будущем ученые видят в выращивании искусственного мяса.

<https://news.mail.ru/society/31709660/>

П. Воробьев

СРЕДЬ КАРЕЛЬСКИХ ЛЕСОВ ЗАТЕРЯЛОСЯ НЕБОГАТОЕ ФИННОВ СЕЛО

(Продолжение. Начало — в № 10)

Очередной этап нашего автопробега «За справедливое здравоохранение» проходит по Прионежью. Развивая проект MeDiCase, мы посещаем пять районов Карелии, в которых передаем наши чудокейсы в 13 населенных пунктах.

На следующий день мы снова разъехались: наша команда направилась в Кондопогу, вторая бригада — в Пряжу.

Урочище смерти

Но перед Кондопогой мы заезжаем в урочище Сандармох. Половина нашей команды тут впервые. Место это страшное, пожалуй, одно из самых страшных в сталинском ГУЛАГе. Про него мало известно, поэтому позволю себе краткое отступление. Лишь один эпизод: расстрел соловецкого этапа в

гом. Она была даже подписана. Ледоруб такой... Была и вторая колотушка, но молоток был к ней просто приварен. Этим молотком били по голове, если жертва не успокаивалась, ее забивали ногами и оружием, душили. Некоторых прокалывали острым штырем насквозь. Мертвых вытаскивали в соседнюю комнату, закрывая голову тряпкой, чтобы не текла кровь. Живых — человек по 50 — накапывали в другой комнате, где им связывали ноги. Дальше партию на двух грузовых машинах, вмещавших человек

денты, не только взятые нами из Москвы, но и местные. Вопросов особенно не задавали, быстро провели тренировочное обследование. Там же пообщались с представителем Минздрава Республики Карелия, отвечающим за реализацию проекта. Накануне в Минздраве произошли изменения: ушла с поста первого замминистра О.С. Капошилова, проработавшая на этой ключевой должности много лет. Собственно, до последнего времени мы развивали проект именно под ее опекой. Для нас, как и для многих, с кем мы общались, ее уход был полной неожиданностью. Но главное — проект осиротел...

Здесь меня огорошили последними нововведениями. Оказывается, пока мы все «дремали», Минздрав реализовал идею доктора Рошала о принципиальном распределении выпускников. Теперь в дипломе не пишется «лечебное дело», как было раньше, с возможностью развиваться в любого врача. Ныне из стен ВУЗа выходит врач-лечебник и врач-педиатр. Минтруд принял — по «указивке» Минздрава — положения, о том, что отныне эти специалисты могут работать исключительно в амбулаторно-поликлиническом звене. Чтобы трудиться по любой другой специальности, в частности — в стационаре, надо пройти ординатуру. В районах молодые врачи всегда дежурили в больницах, теперь — не имеют права. А ведь это не только их приработок, это еще и закрытие дыр в стационаре: врачей в районах крайне мало и дежурить попросту некому.

Грустные мысли о главном

Из Кондопоги мы поехали назад, в деревню Белая Гора, расположенную в 5 километрах от деревни Тивдии, увозя с собой ответственную домового хо-

чала рассыпаться. Восстановлению не подлежит. Во всяком случае, ни у кого до этого не доходят руки.

Кстати, едва не утонувший бывший егерь еще и бывший майор, начальник пожарной части Кондопоги — поджарый и активный мужик. Кроме истории с несостоявшимся утоплением, рассказал об опыте своего общения с медициной. Ему регулярно надо получать медицинскую справку на права для вождения грузового транспорта (не стал спрашивать про предрейсовый осмотр — и так все понятно). Для получения этой справки его заставляют пройти флюорографию. Естественно — за свои деньги. А для получения справки на оружие надо — ВНИМАНИЕ! — пройти электроэнцефалографию и МРТ головного мозга. И опять же — не бесплатно. Последнее удовольствие — более 2,5 тысяч рублей. А без МРТ и ЭЭГ психиатр не может оценить его психическое состояние и выдать справку о том, что на учете человек не состоит. Назвать это бредом — язык не поворачивается, скорее — банальное вымогательство. На этом теперь и стоит/живет медицина.

Вторая наша бригада оказалась неожиданно для себя на Сямозере. Да, да, на том самом, где год назад погибли дети. Озеро считается опасным: регулярно налетают шквалы, переворачивающие лодки. Люди там гибнут постоянно. И чего занесло туда горе-педагогов, если можно их назвать «педагогами». Сегодня на месте бывшего детского лагеря лишь цветы и венки. Лагерь больше нет, но вся эта история пока не закончена.

Здесь пожилая фельдшер-пенсиянка оказалась в роли ответственного домового хозяйства, хотя от медицины давно устала. Провели первый осмотр и сразу выявили необходимость срочной госпитализации. Мы даже специально заезжали потом в Пряжу к врачу с этим вопросом. Но больная отказалась. С одышкой, ночной стенокардией... Не привыкли деревенские жаловаться и бегать по больницам: их отношение к медицине более чем скептическое.

В целом, впечатление от этой поездки оказалось весьма и весьма негативным. Никому ничего не надо. Разговор начинается и заканчивается вопросом о деньгах. Все раздражены друг на друга, ни о какой корпоративности или солидарности речи нет. Медицинские работники негативно настроены по отношению к больным, те, в свою очередь, — к медикам. Два враждующих клана. Уди-



Помещение, в котором ведёт приём парамедик

июле 1937 г. — 1100 человек. Дали распоряжение «проредить» сидельцев лагерей, списать большую часть их «по первой категории»: для тех, кто не знает — расстрелять. Были определены группы, комиссиям в лагерях оставалось поднять дела и занести в них человека. Далее дела направлялись в «тройки», которые просто штамповали смертные приговоры. «Тройки» располагались далеко от лагерей, в частности, судьбы соловецких заключенных решались (точнее — подписывались) в Ленинграде. Ни о каком подобии суда речи не шло. До последних мгновений люди не знали своей участи.

Всего в Соловецком лагере было уничтожено в ознаменование Большого террора около 2 тыс. человек в 3 этапа. Самая малая часть расстреляна под горой Секирка. Про это довольно хорошо известно, так как были свидетели. Расстрельные рвы пока не нашли. Еще часть — около 600 человек — уничтожена, вероятно, в Лодейном Поле. Место захоронения не найдено, и, похоже, не найдут: скорее всего, оно под фундаментами строений. А самая большая партия расстрелянных оказалась в Сандармохе.

Заключенных везли на пароходе в Кемь 2—3 декабря. Оттуда по железной дороге до Надвоицы, где эшелон принял новый конвой. Далее эшелон ушел до Медвежьей Горы. Тут людей поместили в изоляторе и в три дня (8—10 декабря) уничтожили. Человека вызывали якобы на медосмотр, просили раздеться до нижнего белья, сверяли его данные, после чего двое выворачивали и связывали ему руки. Если человек начинал кричать и сопротивляться, его били специальной колотушкой по голове. Колотушка была именной, принадлежала начальнику 5-го отделения И.А. Бондаренко. Это была метровая стальная трость, заостренная с одного конца и имевшая молоток с топориком на дру-



Церковь XIX века в Белой Горе

по 20, вывозили за 16 км от Медвежьей Горы, укладывали в яму и стреляли в голову. Мертвых привозили в конце экзекуции.

Еще раз: 1100 человек за три ночи. Это примерно чуть меньше, чем по 400 человек, 7—8 рейсов за ночь. Явно не уложиться в темное время суток, даже с учетом длинной приполярной ночи. Скорее всего, конвейер смерти работал безостановочно.

Сейчас в Петрозаводске идет судилище над человеком, открывшим миру Сандармох, — Юрием Дмитриевым. Он нашел расстрельные ямы в 1997 г., их там более 230 (расстрелы начались в 1934 году и закончились в 1941, всего уничтожено от 7 до 9 тысяч человек), установил памятники. Но, видимо, деятельность по вскрытию нарывов прошлого пришла не по душе современным продолжателям дела Сталина, и Дмитриева по абсолютно сфабрикованному, ложному навету держат в тюрьме уже почти год...

Вести из Минздрава

Но вернемся к медицине. В Кондопоге мероприятие прошло достаточно гладко: народа много, были корреспон-

дента. В Тивдии находится ФАП, там проживает достаточно много народа. А в Белой Горе — хорошо если 15 человек остаются на зиму. Остальные живут только летом и называются «дачники». Огород, бортничество и рыбалка — основные источники местного благосостояния.

Наша спутница из Белгородчины. Она еще в начале 1960-х решила обучиться в столице, где в то время находилась после армии ее сестра. Но, у нее, как у колхозницы, не было паспорта. И хотя в училище девушку приняли, но недремлющее око увидело сие безобразие, и ей ничего не оставалось, как скрыться. Так она оказалась замужем тут, в Белой Горе. И прожила всю жизнь, воспитав двух детей, а теперь уже — и внуков. Дети живут в Кондопоге, внучка работает в Петрозаводске фельдшером. Дама весьма активна, занимается рыбалкой, водит снегоход. Однажды чуть не утопила бывшего егеря в полынье, но сама же и спасла. Живет в старинной избе XIX века напротив разрушающейся церкви, которая простояла всю советскую власть, но недавно подверглась снятию крыши и одним местным варваром, после чего на-



Сандармох: под каждой стеллой — яма с костями расстрелянных. И таких ям тут под сотню

вительно... Ясно одно: так новую медицину не построишь. Деревня перемелет любой самый перспективный проект. Да и не очень-то на нее — деревню — обращают внимание и решают ее проблемы. Из-за кремлевских зубцов развалюх не видно...

ПИСЬМА ИЗ-ЗА ГРАНИЦЫ

САМОЕ ВКУСНОЕ ЛЕКАРСТВО

Многие из тех, кому сегодня 60+, обращаясь к своему детству, вспоминают среди прочего, чем тогда мамы-бабушки пичкали для поправления здоровья подрастающее поколение. Это о-мер-зи-тель-ный рыбий жир и вос-хи-ти-тель-ный гоголь-моголь. А всего-то — пара яиц (каноничнее говорить — желтков), растертых с сахаром до бархатистой кремовой консистенции, ну а дальше — разные добавки, кто во что горазд.

Мой муж вспоминает, что его бабушка, Ханна Менделевна (в миру Анна Михайловна), родом из моголевских окрестностей, добавляла в эту волшебную смесь увесистый кусок масла и щедро сдабривала ее порошком какао «Золотой ярлык» (в крайнем случае — «Серебряный»). «Нектар-амброзия-пища богов», как говаривала уже моя бабушка, Нина Ивановна, родом из Владимирской губернии. Где Могилев, а где — Владимир, однако к гоголь-моголю обе старушки относились с глубоким почтением.

Лекарство, лакомство и коктейль

Все мы подсмеивались над Ханной-Анной, когда она обзывала эту амброзию «гогЕль—могЕль», и невдомек нам было, что именно такое произношение являлось правильным. Но об этом чуть позже...

В далекие (и такие недавние!) времена моего детства никого не волновали «страшилки» о вреде сахара, яиц или масла. В последующие десятилетия они последовательно и противоречиво объявлялись то полезными, то вредными, что каждый раз подтверждалось серьезными статьями и ссылками на медицинские авторитеты. Но, как известно, незнание нам не вредит, а вредит только знание. И поэтому, не предполагая никакого вреда, нас питали и лечили гоголь-моголем. Чуть простудился, осип, горло заболело, гоголь-моголь тут как тут: с вкусным лекарством и болеть приятно. Даже добрый доктор Айболит «потчевал гоголем, потчевал моголем» своих подопечных.

Знающие люди утверждают, что у гоголь-моголя древние корни, и что упоминание о нем встречается уже в III веке (!) в Талмуде, священной книге иудеев. Источники сообщают также, что с XVII в. гоголь-моголь известен в еврейских общинах Центральной и Восточной Европы. Впрочем, позже разные страны и разные народы претендовали на первородство в изобретении рецепта. И спор этот хоть и затих, но так и не разрешен.

А теперь — о «гогЕле». Ханна-Анна рассказывала нам историю о жившем в Могилеве канторе, который, простудившись, потерял голос, а вместе с ним и работу, но чудесно излечился, благодаря своему изобретению — смеси яиц с черствым хлебом и солью. После непродолжительной яичной диеты восстановился и голос, и место работы. Имя кантора было ГогЕл, в народе его прозвали ГогЕль из МогИля. Отсюда, вроде, и пошло название яичного блюда-лекарства — «гогЕль-могЕль».

Рецепт оказался востребованным. Неподдалеку от Могилева жила юная графиня Бронислава Потоцкая, известная пристрастием к вокалу. Ее голос от чрезмерного усердия часто страдал резкими перепадами тембра. Прослышав о чудодейственном яичном рецепте, Потоцкая решила его усовершенствовать, брезгливо отвергнув черный хлеб и заменив его медом с земляничкой. Таким образом, графиня модифицировала не только рецептуру, но и назначение, предлагая эту смесь гостям в качестве изысканного десерта. Кроме того, пани облаговзвучила название, заменив простонародное «е» на благородное «о». Так родился «гогОль-могОль».

К слову, занимались этим названием и ученые-лингвисты. В одном этимологическом словаре утверждается, что оно

перекочевало в русский язык из польского, где kogel-mogel обозначает то же, что и русское — взбитый с сахаром яичный желток; а в польский оно попало из немецкого и восходит к «kuddel-muddel», что значит «мешанина». Знаменитый словарь Фасмера добавляет к вышеприведенным еще одну версию происхождения: от английского «hug-mug», «hugger-mugger».

Со временем, видимо, для более эффективного воздействия на больной (а потом и здоровый) организм, в смесь стали добавлять ром или другой горячительный напиток. Столь удачное сочетание ингредиентов заинтересовало лучшую часть мужского населения. Читаем в «Записках» друга Пушкина Ивана Пущина о юношеских забавах учеников Лицея: «Мы, то есть я, Малиновский и Пушкин, затеяли выпить гоголь-могелю. Я достал бутылку рому, добыли яиц, натолкли сахару, и началась работа... но дежурный гувернер заметил какое-то необыкновенное оживление, шумливость, беготню». Удовольствие мальчиков закончилось скандалом, который дошел до самого «верха». В пушкинском табеле появилась строгая запись: «Из резвости и детского любопытства составляли напиток под названием гоголь-могель, который уже начали пробовать».



Несколько стран оспаривают честь изобретения гоголь-моголя. История сохранила для нас имя немецкого кондитера Манфреда Кекенбауэра, которого его соотечественники считают создателем яичного коктейля. Был даже зарегистрирован патент на массовое производство напитка, его приобрел известный пищевой концерн аж за полтора миллиона марок.

В Англии и США напиток, напоминающий гоголь-моголь, получил название «эгг-ног» (egg-nog). Изначально словом «nog» называли крепкое пиво из восточной Англии. Чтобы смягчить его резкий вкус, додумались добавлять туда яйцо. Позднее эгг-ног превратился в вино-яичный коктейль, одобренный пряностями и ставший традиционным рождественским и новогодним напитком. Многочисленные варианты эгг-нога могут включать самые разнообразные спиртные напитки и пряности, но неизменным остается основа — яичный желток.

Кроме того, англичане до сих пор с удовольствием наслаждаются еще одним похожим старинным напитком — поссетом (с бесчисленными вариациями), который так хорош в промозглую погоду. Изобретение классического рецепта посsetа приписывают английскому дипломату, философу и алхимику, сэру Кенельму Дилби: «Возьми полгал-



лона сливок и вари в них немного коры корицы и три или четыре чешуйки мациса (мускатный цвет). Для этой пропорции сливок возьми восемнадцать желтков яиц и восемь белков; пинту хереса; взбей очень хорошо яйца, а затем смешай их с хересом. Положи в смесь три четверти фунта сахара, тертый мускатный орех, порошок корицы; установи сосуд на огонь, пусть закипит; уменьши огонь, накрой крышкой и вари, пока смесь не станет однородной, посыпь сахарной пудрой, растертой с тремя крупинками амбры, одной крупинкой мускуса и подай. Перед подачей добавь два желтка и хорошо взбей». Согласитесь: замысловато, но попробовать можно.

Фаворит королевы Елизаветы Английской, искатель приключений, философ, поэт и алхимик, сэра Уолтера Рэйли отдавал предпочтение упрощенному рецепту посsetа, для приготовления которого нужно было «полпинты хереса и полпинты эля подогреть, влить в них кипящее молоко или сливки, добавить сахара и немного тертого мускатного ореха». Но этот посset не включал яиц. В общем, не гоголь-моголь, но в истории все же остался.

Амброзия эпохи перемен

Ближе к концу 80-х годов прошлого века, когда начал приподниматься изрядно заржавевший советский «железный занавес», в СССР стали потихоньку появляться разнообразные и очень дефицитные напитки, о которых мы прежде только слышали, а о некоторых и представления не имели. Во всяком случае, те из нас, кто не служил по дипломатическому, партийно-профсоюзному, внешнеторговому или близким к ним ведомствам, не выезжал на международные соревнования и гастроли с ансамблем Моисеева и Большим театром, и не принадлежал ко всякого рода начальственной номенклатуре.

В то самое время нас посетило ностальгическое гоголь-могольское воспоминание: отсвет первой детской любви пал на голландский яичный ликер «Адвокат». Каждому возрасту — свой «гоголь-моголь». Амброзия и счастье было нам, молодым девушкам (и даже пожилым дамам), когда в предпраздничный день или просто от хорошего расположения духа наш начальник с важным видом извлекал из сейфа заветную золотую бутылку «Адвоката». Употребляемая под него посуда — чашки и стаканчики — осушались до последней капли и сияли ослепительной чистотой.

Позже, в безденежные 90-е, по рукам ходили рецепты всевозможных экзотических суррогатов, заменителей и имитаторов (красная икра из моркови, самогон из кефира с горохом — голь на выдумки хитра). Тогда появился рецепт замороженного «Адвоката» из сгущенки, яиц и водки. Но этот «опрошенный» ликер уже не украшал нашу жизнь, и сегодня не вызывает ностальгических воспоминаний.

Любимое лекарство — гоголь-моголь... Луч света в темном царстве унылых районных поликлиник и бедных аптек, во времена, когда кашель лечили горячим молоком с содой, к заболевшему уху прикладывали водочный компресс, а для помощи упрямому желудку пили старкору.

И — вы не поверите! — были здоровы.

Ольга Дубова

ИнтерНьюс

Ученые раскрыли эффективный способ омоложения

Группе исследователей из Эксетерского университета в Англии удалось омолодить старые клетки, которые постепенно накапливаются в организме человека, способствуя развитию возрастных заболеваний. Результаты научной работы опубликованы в журнале BMC Cell Biology. Разработанный учеными метод основан на изменении сплайсинга матричной РНК (мРНК) с помощью растительного соединения ресвератрола.

В ходе исследований ученые испытали действие растительного фенола ресвератрола и его аналогов на культуре старых человеческих клеток соединительной ткани — фибробластов. Результаты были обнадеживающими. Через несколько часов после взаимодействия с экспериментальным препаратом, старые клетки начали проявлять больше факторов срачивания. Ученые обнаружили выделение белков, которые являются следствием активности клеток. При более тщательном анализе было установлено, что увеличилась длина теломера, которые, как известно, становятся короче с возрастом человека.

По мнению ученых, методы возрастной терапии, разработанные на основе действия растительных фенолов, помогут бороться с такими нейродегенеративными расстройствами, как болезни Паркинсона и Альцгеймера, а также с раковыми заболеваниями.

Ресвератрол содержится в коже винограда и других фруктов, в какао и орехах, а также в красном вине.

Новое исследование предназначено для разработки соединения на основе ресвератрола и последующего изучения его воздействия на человеческие клетки в лаборатории.

«Когда я увидела некоторые из клеток в омолаживающей культуре, я не могла в это поверить. Эти старые клетки выглядели как молодые, это было похоже на волшебство. Я повторяла эксперименты несколько раз, и в каждом случае клетки омолаживались. Я очень взволнована последствиями и возможностями для этого исследования», — рассказала Ева Латторр, одна из тех, кто работает над проектом.

<https://dayonline.ru/health/news/uchenye-raskryli-effektivnyy-sposob-omolozheniya-61911>

Ученые вырастили и пересадили семилетнему мальчику новую кожу

Врачи из Рурского университета в Германии с помощью генной терапии вылечили 7-летнего мальчика, который страдал от обширного поражения кожи. Ребенок был болен буллезным эпидермолизом. Из-за болезни оказались поражены 80% его кожи.

При этом генетическом заболевании на коже образуются пузырьки и язвы даже при малейшем механическом воздействии. Больной этим недугом страдает от сильной боли. Ученые связывают появление этой болезни с дефектами генов, которые ответственны за образование белков: они необходимы для правильной регенерации.

До последнего времени никаких радикальных методов лечения буллезного эпидермолиза не было. Единственное, чем могли помочь детям, — защищать их кожу от повреждений и обрабатывать образовавшиеся на ней пузырьки.

Немецкие специалисты смогли создать трансплантаты кожи из генетически модифицированных стволовых клеток эпидермиса мальчика. В октябре 2015 года пересадили на пораженные участки тела — руки и ноги, всю спину, бока и частично на живот, шею и лицо. Уже после первой операции состояние ребенка значительно улучшилось. Лечение было завершено к февралю 2016 года. Все трансплантаты успешно прижились.

Недавнее исследование эпидермиса ребенка показало, что новая кожа выполняет все необходимые функции, обладает гидролипидной пленкой, волосяные фолликулы также активны. Ребенок уже адаптировался к обычной жизни. Он ходит в школу и играет со своей семьей.

Мальчик стал первым человеком, получившим подобное лечение. Генетики надеются, что разработанный ими метод будет широко использоваться для лечения буллезного эпидермолиза и других заболеваний, вызывающих поражение кожи.

<https://www.7mednews.ru/medicina/11154-uchenye-vyrastili-i-peresadili-semiletnemu-malchiku-novuyu-kozhu.html>



**Региональная общественная организация
«Московское городское научное общество терапевтов»
приглашает Вас принять участие
в II Научно-практической конференции**

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

Дата и время проведения:
12 декабря 2017 г.,
с 10.00 до 17.00

Место проведения:
гостиница «Холидей Инн»
Сокольники, г. Москва,
ул. Русаковская, д. 24

Целью конференции является повышение квалификации врачей различных специальностей с целью улучшения качества медицинского обслуживания в лечебных учреждениях Москвы и Московской области.

Основные участники конференции — терапевты, врачи общей практики, кардиологи, пульмонологи, аллергологи, оториноларингологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, гематологи, неврологи, инфекционисты, и другие специалисты Москвы и Московской области. Планируемое число участников — 300 человек.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Персонализированная медицина
- Пневмония — актуальная проблема современного здравоохранения
- Боли в спине: дифференциальная диагностика и лечение
- Нарушения сна в практике терапевта
- Дисбактериоз новые возможности профилактики и лечения
- Дискуссия о гепатопротекторах
- Неалкогольная жировая болезнь печени
- Современная эрадикационная терапия *Helicobacter pylori*
- Диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний
- Антибиотико-ассоциированный дисбиоз кишечника
- Артериальная гипертензия
- Тромбоэмболия легочной артерии
- Инфекционный эндокардит
- Ишемическая болезнь сердца — возможности терапии
- Статины: что нового?
- Как повысить приверженность пациента к лечению
- ХОБЛ: обзор национальных рекомендаций
- Идиопатический легочной фиброз: диагностика, современные возможности терапии
- Рациональная антимикробная терапия инфекций дыхательных путей
- Острые респираторные вирусные инфекции
- Бренды и генерики: проблема выбора
- Железодефицитная анемия
- Подагра
- Хроническая сердечная недостаточность
- Метаболический синдром

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:

Воробьев П.А., председатель правления МГНОТ, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, профессор, председатель;

Овчинников Ю.В., главный терапевт МО РФ, начальник кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМедА им. С.М. Кирова, доктор медицинских наук, заместитель председателя;

Зайцев А.А., главный пульмонолог МО РФ, главный пульмонолог ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, доктор медицинских наук, заместитель председателя;

Чернов С.А., главный терапевт ГВКГ имени Н.Н. Бурденко, д-р мед. наук, заместитель председателя;

Матвеев А.А., заместитель начальника кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМедА им. С.М. Кирова, к-т мед. наук;

Воробьев А.П., аспирант кафедры гематологии и гериатрии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, отв. секретарь.



Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: Д.А. Казеннов (выпускающий редактор), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), В.В. Власов, А.Б. Зыкова

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Глезер М.Г.,

Дворецкий Л.И., Ивашкин В.Т., Лазебник Л.Б., Мухин Н.А.,
Насонов Е.Л., Парфенов В.А., Симоненко В.Б.,
Синопальников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П.

*Газета распространяется среди членов
Московского городского научного общества терапевтов
бесплатно*

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

Телефон 8(495) 225-83-74, e-mail:
mtprndm@newdiamed.ru www.newdiamed.ru

Отдел рекламы: 8 (495) 225-83-74

При перепечатке материала ссылка
на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности
не несет.

Рекламная информация обозначена **δ**

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