



Я очень благодарен школе Первого медицинского института. В этой легендарной аудитории Анатомического корпуса, где сейчас выступаю, я просидел два года, слушая лекции по анатомии и гистологии. В Клинике факультетской терапии у меня были очень хорошие учителя. Во многом благодаря им у меня сформировалось такое отношение к коллегам, в рамках которого мы должны помогать и поддерживать друг друга. Каждый из нас имеет право на слабость, на ошибку, но у нас с вами есть один принцип, главный принцип отечественной медицины: все для больного. Но сейчас это, к большому сожалению, меняется, молодым врачам вдалбливаются другие истины. Возможно, это говорит мой возраст, раньше и деревья были большими, и цветы ярче, но то, что происходит сейчас, мне кажется, не совсем правильным. И это не только мое мнение.

Я сохранил свою жизненную позицию, свое право на эту позицию. Начну с того, что само название нашей профессии — терапевт — само по себе несколько полемическое. Некоторые руководители здравоохранения, считают, что такой специальности вообще нет. Я попытался проанализировать, почему они так говорят, и понял, что их мысли не напрасны. А мы с вами вообще кто? Кто такой терапевт? Давайте разбираться.

Позавчера: вечные принципы

Итак: терапия по-гречески — это лечение, терапевт — врачеватель. Современное определение: терапевт — это врач-специалист по болезням внутренних органов, лечащий фармакологическими препаратами, без инструментального вмешательства. Но, что такое внутренние болезни, которые по-английски принято называть internal medicine? В тоже время слово medicine можно перевести как «лекарство», а internist — врач-специалист по заболеваниям внутренних органов. А что такое «внутренние органы» и «внутренние болезни»? Мы ведь нередко ставим диагноз исключительно по внешним проявлениям заболевания.

Великий врач и мыслитель Гиппократ, 2 тысячи лет назад определивший принципы современной медицины, учил: «Осмотр тела — целое дело. Оно требует зрения, слуха, обоняния, осязания, языка, знаний и рассуждений». И нас так учили. Когда Николай Алексеевич Мухин попросил меня написать введение к переизданию лекций Григория Антоновича Захарьина, я тут же ощутил себя на Пироговке молодым врачом, которого учили осматривать больного. К сожалению, мы живем в то время, когда заповеди Гиппократа пересматриваются. Молодые специалисты уже не умеют смотреть больного, не умеют разговаривать, слушать, щупать.

Гиппократ говорил: Medicus curat, natura sanat, что значит «Врач лечит, природа исцеляет». Это выражение отражало реальность до недавнего времени, сейчас эта формула должна быть пересмотрена.

Первым терапевтом, наверное, был Иисус. Об этом в Евангелии от Матфея сказано: «И ходил Иисус по всей Галилее, уча в синагогах их и проповедуя Евангелие Царствия, и исцеляя всякую болезнь и всякую немощь в людях... И приводили к Нему всех немощных, одержимых различными болезнями и припадками, и бесноватых, и лунатиков, и расслабленных, и Он исцелял их» (Матф. 4:23, 24).

Через 200 лет практически в тех же местах выявилась иудейская аскетическая секта,

члены которой называли себя «терапевтами». Они поселились у берегов Мареотидского озера близ

«Осмотр тела — целое дело. Оно требует зрения, слуха, обоняния, осязания, языка, знаний и рассуждений».

Александрии (Египет) в I веке н.э. (примечание редакции: нынешнее название озера Мариут, юго-западная граница современной Александрии). Известно о них из трактата «О созерцательной жизни» Филона Александрийского: терапевты — это те, кто посвятил свою

Леонид Лазебник: «Я — терапевт»

Профессор Леонид Борисович Лазебник занимал должность главного терапевта Москвы почти 20 лет, был главным геронтологом Министерства здравоохранения России. Он стоял у истоков геронтологической службы, которая много лет создается в нашей стране. Его выступления — отчеты главного специалиста — на заседаниях Московского городского научного общества терапевтов на протяжении многих лет позволяли членам общества получать информацию о городском здравоохранении, что называется, из первых уст. Настоящий врач, хорошо знающий, каким было советское здравоохранение, и что сегодня происходит в здравоохранении российском, профессор Лазебник четко определяет место терапевта в современном мироустройстве и прогнозирует изменения, которые ждут старейшую врачебную специальность в век развития компьютерных технологий.

Актовая лекция «Я — терапевт...» была прочитана на Пленарном заседании МГНОТ 10 февраля 2016 г., посвященном 75-летию Леонида Борисовича.



жизнь и себя науке, и созерцанию природы, согласно священным заповедям пророка Моисея. Терапевты перед вступлением в общину отдавали свое имущество родным и близким. По Филону, они назвались «терапевтами», так как это созвучно глаголу «врачевать, исцелять». В первую очередь, их интересовало исцеление души.

Следующий человек, который внес понимание в то, что такое мастерство врачевания, жил тоже примерно тогда же — в I веке н.э. Гален, римский врач греческого происхождения, изучал анатомию, физиологию, патологию, анатомируя убитых на арене гладиаторов и залечивая раны у оставшихся в живых. На основе полученных данных он давал рекомендации: «вставайте из-за стола голодными и вы будете всегда здоровы», «хороший врач должен быть философом», «тысячи раз я возвращал здоровье своим больным посредством физических упражнений». Так и мы это говорим каждый день!

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Первым, кто употребил понятие «терапевт» к процессу лечения, был Моисей Маймонид, известный также как Моисей Египетский (родился между 1135 и 1138) — философ, талмудист и врач. Большую часть жизни он провел в Александрии, хотя родился в Испании, и я не могу исключить связь между учением Христа, сектой терапевтов и Маймонидом, который первым назвал процесс лечения тела терапией.

В 1784 году русский врач Иван Лукианович Данилевский защитил в Геттингене диссертацию на тему «Государственная власть есть самый лучший врач». «Исцеление болезней, искоренение их причин, — писал он, — следует искать не от врачей и аптекарей, а только от государственной власти». Вот современный пример на тему аптекарей и власти: сейчас у нас объявлена эпидемия гриппа. И тут пропадает из аптек препарат, рекомендованный ВОЗ, — осельтамивир. Есть отечественный, ингавирин, он не хуже, но врачей надо было обучить работать с ним, дать инструкции. А в итоге виноваты аптекари, которые не закупили препараты.

Матвей Яковлевич Мудров (1776—1831), великий врач, ординарный профессор патологии и терапии Московского университета. Умер от холеры в Санкт-Петербурге, и могила его не сохранилась. Он ценил «скорбные листы», ценил настолько, что, по легенде, вывез два воза историй болезни из горящей Москвы перед тем, как в город вошел Наполеон. Мудров любил говорить молодым врачам: «Держитесь сказанного Гиппократом. С Гиппократом вы будете и лучшие люди, и лучшие врачи». Он на свои деньги восстановил библиотеку медицинского факультета Московского университета после войны.

Григорий Антонович Захарьев (1829—1897), его иногда называют реакционером, припоминают, что был якобы жадным до денег, но это без всяких сомнений — это был великий русский врач. Он разработал искусство опроса больного. И сегодня, когда я собираю анамнез так, как меня учили мои учителя Василенко и Виноградов, я просто работаю по схеме истории болезни, которая была в наши студенческие годы.

Разумеется, я не могу обойти стороной и Сергея Петровича Боткина (1832—1889), который учился у Пирогова. Он ввел новейшие методы исследования, клинические разборы больных и посмертное подтверждение диагноза.

А дальше уже началось наступление техники и технологий. Диагностика как искусство распознавания и сопоставления образов и логического рассуждения. Лечение как искусство воздействия на проявление заболевания, укрепление духа. Начиная с середины XIX века, развивается раздрающая терапия узкая специализация, апогея эта тенденция достигнет к концу XX века. Формальное разделение произошло в 1938 г. на

12-м Съезде советских терапевтов. И дальше специализация стала проходить по очень непонятному принципу — и анатомическому, и функциональному, и патогенетическому, и нозологическому.

При этом мы всегда работали по двухуровневой системе оказания медицинской помощи — амбулаторной и стационарной — сформировавшейся еще до революции и обобщенной Н.А. Семашко. Что такое трехуровневая система, которую пытаются внедрить сегодня — сказать трудно. Во всяком случае, проблем в здравоохранении сейчас более чем достаточно.

Что такое трехуровневая система, которую пытаются внедрить сегодня — сказать трудно. Во всяком случае, проблем в здравоохранении сейчас более чем достаточно.

ИнтерНьюс

В Англии разрешили редактировать людей

Служба по оплодотворению и эмбриологии (HFEA) приняла решение о выдаче лицензии на проведение исследования, в рамках которого ученые будут использовать систему для редактирования генома на эмбрионах человека. В ходе экспериментов ученые планируют изучить активность определенных генов в первые дни после оплодотворения.

Великобритания стала второй после Китая страной, в которой разрешили генетическое редактирование человеческих эмбрионов в научных целях — подобное решение вызывает массу этических споров. Запрос на проведение исследования с использованием системы генетического редактирования CRISPR/Cas9 для изменения генома эмбрионов доктор Кэти Ниакан (Kathy Niakan) из Института Френсиса Крика подала в конце 2015 года.

О положительном ответе на запрос исследователя стало известно только 1 февраля — через две недели после принятия решения на заседании Управления оплодотворения человека и эмбриологии (HFEA — Human Fertilisation and Embryology Authority).

Доктор Ниакан и ее научная группа собираются изучать активность генов, отвечающих за успешное развитие эмбриона в течение первых дней жизни. Кроме того, ученые планируют определить, как эти гены влияют на успешность оплодотворения и вероятность выкидыша. Ниакан и коллеги надеются понять, какие из них критически важны для продолжения развития и формирования здорового ребенка.

Для экспериментов будут использоваться «запасные» эмбрионы женщин, успешно прошедших процедуру искусственного оплодотворения и соответственно больше в них не нуждающихся. Обязательным условием HFEA при выдаче лицензии является уничтожение всех полученных эмбрионов через 14 дней после начала экспериментов, а также невозможность их трансплантации и дальнейшего вынашивания.

ТАСС «Чердак»

Минтруда определил обязанности санитаров в больницах

Министерство труда и социальной защиты впервые утвердило профессиональный стандарт для младшего медицинского персонала — санитаров и младших медицинских сестер. В профстандарте отмечается, что основная цель их работы — создание благоприятных и комфортных условий для пациента в больнице.

В профстандарте описан перечень обязанностей санитаров и младших медсестер. Так, у санитаров три трудовые функции: «перемещение и транспортировка материальных объектов и медицинских отходов», «санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря» и «уход за телом умершего человека». В обязанности санитаров, в том числе, входят ежедневная влажная и генеральная уборка палат и кабинетов, обеззараживание воздуха и проветривание помещений, санитарное содержание холодильников для хранения личных продуктов пациентов.

Обратите внимание — к пациенту санитар не подходит. Это — функции сестринского персонала. Младшая медицинская сестра должна обеспечивать профессиональный уход за пациентом. В том числе, проводить пациентам умывание, обтирание кожи, полоскание рта. Также младшая медсестра должна кормить пациентов, которые не могут сделать это сами, менять им белье и помогать «при физиологических отправлениях». Впрочем, должность младшей медицинской сестры в нашем здравоохранении не очень четко очерчена и не понятно — будет ли данный стандарт использоваться массово или как и многие другие документы канет в Лету.

По материалам Доктор Питер

Начало на стр. 1 ↗

Вчера: школа и учителя

В свое время мы с профессором Ю.В. Коневым много занимались математическим моделированием процессов управления сердечным ритмом, мы прочли замечательную книгу Ледли Ластеда «Введение в теорию принятия решений в медицине», отсюда я взял фразу, принадлежащую сэру Уильяму Ослеру: «Искусство диагноза и лечения есть искусство балансирования вероятностей». Что такое вероятность? Это цифровое понятие. Но есть и другое, не менее важное выражение: «Внимательно слушайте больного — он рассказывает вам свой диагноз». И не нужно больше ничего, нужно только говорить с больным. Что может сделать врач за те 15 минут, которые отведены на одного больного в поликлинике. И к концу пребывания больного в кабинете начинает мигать лампочка, сигнализируя, что время вышло. Может, это и правильно, не берусь судить, проводился ли хронометраж, какая-либо оценка результатов лечения, не знаю...

И я хочу теперь поклониться своим непосредственным учителям, так как они формировали мои принципы в принципиально другом ключе. Первой в жизни была клиника Владимира Харитоновича Василенко и ассистент Валентина Сергеевна Голочевская, затем клиника факультетской терапии Владимира Никитича Виноградова и ассистент Элла Гавриловна Лейзеровская, затем клиника Александра Леонидовича Мясникова и ассистент Инна Савельевна Кун. Я помню их всю жизнь, потому что это были личности. Потом, уже будучи главным терапевтом города, когда принимал экзамены у врачей-ординаторов, я всегда спрашивал, кто ваши профессора и кто ваши преподаватели. Большинство не помнит. Я глубоко убежден, если врач не помнит своих учителей, это не самый лучший врач.

Помню, на госэкзамене по терапии Александр Леонидович всем показал золотой стетоскоп, который ему присудили, и он с гордостью говорил: «Я этим стетоскопом слушал сердце Поля Уайта». Мы, тогда студенты 6-го курса, впервые услышали эту фамилию. Скажем прямо: этот красивый стетоскопом ничего особенного из себя не представлял — стетоскоп как стетоскоп, просто позолоченная или золотая головка и дужки.

Еще была Зинаида Адамовна Бондарь, я очень хорошо ее помню. Это моя прямая учительница, считавшая, что каждый молодой человек, попавший в ее клинику, должен стать не только врачом, но он должен встать на ноги. Крупнейший гепатолог!

Виталий Григорьевич Попов, великий врач, это был человек, которому хотелось подражать. Академик Евгений Борисович Бабский был убежден, что врач, который занимается научной работой, должен одновременно поработать в лаборатории. И Абрам Львович Сыркин отправил меня в лабораторию академика Бабского, и значительная часть моей кандидатской диссертации была выполнена в его лаборатории.

Далее я попал в клинику Владимира Петровича Померанцева. И последний мой учитель, который сделал из меня то, кем я являюсь, — это руководитель московского здравоохранения Андрей Петрович Сельцовский. Блестящий врач и великий руководитель.

Сегодня: третья научно-техническая революция

Теперь я скажу, что мне кажется, с точки зрения старшего врача: теряется искусство познания больного, теряется искусство врачевания. На смену приходят автоматизированная диагностика нозологических форм по узким специальностям и лечение по стандартным схемам. Почти утеряна системная оценка состояния больного. Принцип «лечи не болезнь, а больного» на наших глазах уходит в прошлое.

Чтобы лучше понимать, что происходит сейчас в нашем здравоохранении, я выбрал для вас несколько тезисов из доклада бывшего министра здравоохранения и социального развития. Во-первых, надо отметить, что всеми постсоветскими странами был подписан контракт со Всемирным банком реконструкции и развития (ВБРР) по реорганизации здравоохранения. Я так понимаю, что это произошло и в России. Итак, в докладе бывшего министра мы видим следующие пункты: монетизация льгот, переход на одноканальное финансирование, реорганизация бюджетных больниц, закрытие слаботехнологичных и малопродуктивных лечебных учреждений. Происходят малопонятные вещи... Что такое малопродуктивные лечебные учреждения? И нигде не прописано, а как в результате модернизации здравоохранения изменятся демографические показатели и какова будет динамика заболеваемости.

Так почему же у нас все эти проблемы? Да потому что нет нормативной документации по медицинским специальностям, в том числе по специальности терапевт! Только сейчас мои коллеги по заданию Минтруда и

Национальной медицинской палаты создали документ, который определяет специальность и должностные обязанности врача-терапевта. Может быть, этот документ будет принят. Во всяком случае, мы должны знать, что мы можем, а что — нет. Ведь сейчас доходит до курьезных вещей: врач-терапевт не имеет права ничего назначить больному с хронической патологией, например, органов кровообращения или органов пищеварения, пока его не посмотрит кардиолог или гастроэнтеролог. Когда я был еще в должности главного терапевта, составляли стандарты по скорой медицинской помощи. Пригласили всех главных специалистов, и каждый должен был писать свой раздел. Но писали по нозологическим формам, и в результате каждый специалист описывал все патологии, с которыми он имеет дело. А мне как терапевту ничего не осталось. Я спросил: «А что же мне делать?». На что получил ответ: «Подпишите все».

Мы можем говорить, что сегодня искусство врачевания забыто, так как сегодня требуется исполнение «должностных обязанностей», а не врачевание. Врачевание заменило понятием «лечебно-диагностический процесс». Финансирование становится подушевым, деньги следуют за больным, то есть все переводится в монетизацию. С моей точки зрения, это не является гарантией оказания качественной медицинской помощи. Таким образом, врач из личности,

осуществляющий творческий процесс диагностики и лечения, трансформирован в работника определенной медицинской специализации, реализующего рекомендации медицинского сообщества, то есть работающего по стандартам. Но все забывают, что стандарт — это документ, регламентирующий минимальный уровень оказания помощи.

Но это бы еще ничего, но когда речь заходит об изменении качества оказания медицинской помощи, доходит до странных вещей. Например, работу врача начинают оценивать по отзывам больных. С этой точки зрения, реаниматолог вообще врач никудышный.

По международным рекомендациям все врачи-терапевты теперь должны быть врачами общей практики. Я всегда говорю в таких случаях: не нужно ломать то, что работает. Ради бога, делайте такие вещи где-то, где медицина плохо доступна, на селе, но зачем же в Москве?!

Зато теперь у врача ответы на все вопросы есть в планшете или смартфоне. Вводятся данные пациента, получается диагноз и чем лечить. Не надо слушать, не надо шупать, не надо расспрашивать.

Завтра: компьютеры наступают

Во-первых, развитие компьютерных технологий и средств связи приведет неминуемо к расширению зоны так называемого грамотного самолечения, то есть оказания себе помощи с помощью доступных приборов. Дальше будет развиваться и уже развиваются технологии самоконтроля, что впоследствии даст возможность обрабатывать собранную больным информацию в удаленных колл-центрах. Такие простые приборы, как тонометры, анализаторы выделений, глюкометры и другие — информацию с них можно передавать на расстоянии.

Медицина становится все более и более персонализированной, что называется медицина под заказчика. С помощью такого подхода будут пытаться лечить основные возрастные нейродегенеративные заболевания и онкологию. Некоторое время назад был интересный доклад на Европейской гастроэнтерологической конференции, которая проходит под эгидой Европейской ассоциации гастроэнтерологов. Эта организация поставила задачу перед мощным аналитическим центром просчитать, что будет представлять из себя европейское здравоохранение к 2040 году. Они построили несколько моделей. Например, одна под условным названием «Ледниковый период»: общие экономические условия ухудшаются, население нищает, ограничено государственное финансирование. Мощное развитие частного и в то же время ослабление бюджетного здравоохранения. То есть богатые лечатся качественно, бедные — менее качественно.

Второй потенциальный путь называется «Силиконовый», он более оптимистичный. В этом сценарии всплывает термин e-medicine, что значит «электронное здравоохранение». А также возникает смежный термин supermarket of e-medicine. Это подразумевает, что каждый может получать помощь в зависимости от своих возможностей дистанционно. Это медицина высоких технологий. В схеме

врач-пациент на место пациента приходит компьютер, именно с ним будет общаться врач, принимая решения по терапии, и врач, и пациент общаются через «облако». Полагаю, что если сейчас квалифицированные консультанты исправляют ошибки и недоработки своих коллег, то в будущем им придется исправлять ошибки «думающих» по стандартным программам машин.

В завершении остановлюсь опять на определениях и терминах. Терапия сегодня — это медицинская дисциплина, изучающая системные проявления заболевания. Мы

Медицина становится все более и более персонализированной, что называется медицина под заказчика.

Продолжение на стр. 3 ↗

Начало на стр. 1, 2 ↗

специалисты по синдромам и по системным проявлениям. Когда сферу нашей деятельности пытаются свести к внутренним органам, мне хочется сказать — а как же кожа? Кстати, первая терапевтическая клиника называлась Клиника внутренних и кожных болезней, так как состояние кожи — это отражение состояния внутренних органов. Терапевт — это врач с высшим медицинским образованием, со специализацией по системным проявлениям заболеваний с дифференцированной диагностикой и дифференцированным лечением, умеющий правильно оценить и истолковать данные клинического и технологического обследования, своевременно определить характер любого

состояния, выставить достаточно точный диагноз, назначить обоснованное лечение с контролем эффективности по конечным точкам. А также своевременно привлечь специалистов более высокого профессионального уровня.

И последнее, но, пожалуй, самое важное наблюдение: мы называем нашу систему, в которой работаем, «системой здравоохранения». Но это ошибка, сохраняющаяся еще с царских времен: мы действительно охраняем здоровье или все-таки сохраняем его?

Нам нужна система не здравоохранения, а здравоохранения.

Если мы это осознаем, то все станет намного понятнее и проще.

Записала Галина Паперная

Реплики на доклад Леонида Лазебника

Профессор Абрам Львович Сыркин

Поводом к сегодняшнему заседанию стал юбилей доктора Лазебника. Я хочу немного пофилософствовать по этому поводу. Мы знаем, что есть научные школы, например, научная школа Евгения Михайловича Тареева, специализирующаяся на болезнях печени и том, что в его времена называли коллагенозами; существует научная школа Александра Леонидовича Мясникова, хотя с некоторой натяжкой, но тем не менее. В нашей не такой далекой прошлой медицине есть совершенно удивительные имена — Владимир Харитонович Василенко, Владимир Никитич Виноградов — я могу это список долго продолжать. И я задумался, что, к примеру, нас — виноградовцев — отличает от обычных смертных. Что создали наши учителя, что мы храним и даже иногда улучшаем? Мне очень приятно, что в своем докладе Леонид Борисович упомянул целый ряд своих учителей «виноградовцев».

Противоречие между врачом и машиной, затронутое в этом докладе, во многом надуманное и идет от нашего непонимания того, на что способны вообще машины и математика. На самом деле, мы с вами прекрасно можем уживаться с постоянно усложняющейся техникой, с компьютеризацией, так как она никогда не заменит живую душу врача, если это настоящий врач.

Профессор Юрий Владимирович Конев

Преемственность врачей — это русская традиция: вы ученик Абрама Львовича, я, Леонид Борисович, — ваш ученик. А вот вмешательство компьютерных систем разбивает эту связь. Врачебное искусство передается лично и не только в профессиональном контакте, но именно в личном общении. В медицине есть специфические знания, которые можно получить только непосредственно у постели больного. Поэтому я хочу сказать огромное спасибо моему учителю, Леониду Борисовичу, за то, что мне удалось прикоснуться к этому процессу.

Профессор Павел Андреевич Воробьев

То количество проблем, которые Леонид Борисович умудрился собрать в один доклад не подъемно. В частности, тему разделения системы здравоохранения и системы медицинской помощи можно по отдельности обсуждать очень долго. Мы сегодня видим, как происходит выхолащивание медицины и кто это финансирует. Меня постоянно обвиняют в том, что я обсуждаю теорию заговора. Но сегодня и Леонид Борисович связал перемены, происходящие в нашем здравоохранении, с работой Всемирного банка реконструкции и развития (ВБРР). Но есть и Европейский банк реконструкции и развития (ЕБРР) и их проект ТАСИС, который активно отметился в разрушении того, что было раньше создано в нашей стране. А сейчас, как вы знаете, есть консалтинговая компания McKinsey, которая руководит всем разрушением здравоохранения в наших сопредельных государствах — и в Армении, и на Украине. Нам навязывают какие-то абстрактные вещи, такие как аккредитация врачей, например, и мы вынуждены с этим жить. Мы можем этого не замечать и думать, что во всем виновата плохая Скворцова, но она — только винтик. Она исполнитель тех серьезных вещей, которые идут, не знаю даже, из каких недр. Но то, что существуют достаточно серьезные организации, которые влияют, — это сто процентов. Могу рассказать о собственном опыте взаимодействия с некоторыми из них. Например, нам удалось отбиться от так называемых клинко-статистических групп, которые нам активно навязывали в конце 90-х, и казалось, что этот вопрос снят с повестки дня. Но не тут-то было: в конце двухтысячных снова вернулись к этому идиотизму, когда вместо больного рассматривается какая-то группа.

Абрам Львович Сыркин — один из основоположников математического моделирования в медицине. Он, вместе с моим учителем Израилем Моисеевичем Гельфандом, в 70-х годах занимались прогнозом исходов при инфаркте миокарда с помощью ЭВМ. Были защищены диссертации, было показано, что это несложно сделать. Но это был вполне разумный научный подход, Израиль Моисеевич предложил не изучать электрокардиограммы или лабораторные признаки. Он работал с врачом и изучал, выявлял его способы принятия решений. Это принципиальный вопрос.

То, что Леонид Борисович показал в своем докладе как грядущий ужас, связано со сценарием, когда врач из процесса интернет-технологий исключен. Кто-то думает, что останутся одни только машины, а нас с вами не будет. Если так произойдет, то это будет, действительно, катастрофа. Поэтому сегодня очень важно нам понять, как внедриться с нашими знаниями и умениями во все компьютерные технологии. Это не так просто. Мне кажется, что к этим вопросам мы будем не раз еще возвращаться, и сегодняшнее обсуждение еще послужит для нашего дальнейшего развития, для развития нашего терапевтического общества.

ИнтерНьюс

Суд признал опасной интимную гигиену

В штате Миссури суд присяжных обязал компанию Johnson & Johnson выплатить \$72 млн семье женщины, умершей от рака яичников. Присяжные посчитали, что фактором развития у нее смертельной болезни стало использование на протяжении десятилетий талька и гигиенического средства, выпускаемого компанией.

Приговор был оглашен в понедельник поздно вечером. Присяжные окружного суда Сент-Луиса постановили, что Johnson & Johnson должна выплатить семье Жаклин Фокс \$10 млн в качестве компенсации фактических убытков и \$62 млн штрафов. Всего против компании в суды штата Миссури были поданы около 100 исков, а в штате в Нью-Джерси — 200. Во всех случаях Johnson & Johnson обвиняли в том, что ее продукция способствовала возникновению рака. Однако до сих пор суды не выносили решений, обязывающих компанию выплачивать компенсацию.

Жаклин Фокс утверждала, что она использовала тальк и средство для интимной гигиены Shower to Shower более 35 лет, прежде чем у нее был диагностирован рак яичников. Она умерла в октябре 2015 года в возрасте 62 лет. Присяжные признали, что Johnson & Johnson виновна в мошенничестве, халатности и заговоре. Судебное разбирательство длилось три недели. Присяжные обсуждали свой вердикт четыре часа.

РБК

Больницы откажутся от импортного белья

В России ограничили госзакупки импортных товаров легкой промышленности для региональных и муниципальных учреждений. О соответствующих изменениях сообщили в Минпромторге. Новые правила коснутся в том числе и больницы, которые не смогут закупать или арендовать иностранные текстильные изделия — например, одеяла или спецодежду.

К региональным и муниципальным закупкам допустят только российский легпром. Соответствующие изменения были внесены в постановление правительства в августе 2014 года, которое раньше ограничивало такие госзакупки только для федеральных нужд. Как отмечают в Минпромторге, новые правила помогут привлечь российских производителей к госзакупкам в субъектах и муниципалитетах, гарантируют им определенную долю рынка и станут в кризис «подспорьем национальной индустрии». Кроме того, поправки предполагают и запрет импорта при закупке услуг по аренде текстильных изделий. Такие изделия должны быть изготовлены в России и из отечественных материалов. В перечень «запретных» товаров вошли ковры, одежда из кожи, спецодежда, белье, меховые изделия, обувь, сумки.

— Если бюджетные учреждения, например, больницы будут арендовать постельное белье, одеяла, различные изделия из текстиля и так далее, то заказать импортный товар они уже не смогут, — отметил статс-секретарь — заместитель министра промышленности и торговли Виктор Евтухов.

Как говорят в ведомстве, речь не идет о категорическом запрете всего импортного — закупку разрешат, если российские производители не смогут удовлетворить обоснованные требования заказчика. Также ограничение не коснется товаров из Евразийского экономического союза.

По данным Минпромторга, предприятия легкой промышленности имеют достаточный запас мощности, чтобы полностью закрыть потребность в госзаказе, особенно в сфере постельного белья, махровых изделий, спецодежды и кожгалантереи.

Доктор Питер

ИнтерНьюс

Разработанный в МГУ препарат попал топ Global Data

Консалтинговая компания Global Data, специализирующаяся на изучении мирового фармацевтического рынка, опубликовала результаты анализа мирового рынка лекарственных препаратов для лечения синдрома «сухого глаза». Разработанный в МГУ визомитин оказался в списке наиболее перспективных инновационных лекарств.

Компания рассматривала препараты, содержащие активный лекарственный компонент, а не просто слезозаменители, восполняющие недостаток влаги в глазу пациента. Активным веществом лекарства, разработанного ведущими офтальмологами России, а также группой исследователей из МГУ во главе с научным руководителем проекта Владимиром Скулачевым, является митохондриальный антиоксидант SkQ1. На данный момент в этой области есть очень небольшое количество перспективных разработок, в число которых был включен российский препарат.

К таким выводам компания пришла, основываясь на последних результатах клинических исследований визомитина, которые были опубликованы в декабрьском номере журнала *Advances in Therapy*. К ним относятся результаты двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, которое проводилось с 2012 по 2014 год. В нем участвовали 240 пациентов, наблюдавшихся в восьми российских и двух украинских медицинских центрах. Сравнение проводилось совместно с группой плацебо, получавшей вместо препарата увлажняющие капли того же состава, что и препарат визомитин, но без содержания действующего вещества — митохондриального антиоксиданта SkQ1 («иона Скулачева»).

По сравнению с пациентами, получавшими плацебо, в группе визомитина были обнаружены достоверно более эффективное заживление повреждений роговицы, снижение выраженности субъективных симптомов заболевания и улучшение состояния слезной пленки. В рамках исследования проводилось наблюдение за пациентами в течение шести недель после окончания лечения. Было обнаружено, что выраженность большинства симптомов заболевания была ниже в группе визомитина еще в течение 2–4 недель после окончания терапии. Таким образом, впервые был продемонстрирован достоверный посттерапевтический эффект митохондриального антиоксиданта SkQ1 в составе «визомитина».

ТАСС «Чердак»

От редакции Вестника МГНОТ. Пока все рапорты об эффективности «иона Скулачева» оказывались на поверку не очень точными. Не дело судить по результатам в СМИ, но оценивались лишь суррогатные точки, что резко снижает ценность выполненного исследования. Поэтому — рано петь осанну.

Побег от цирроза

Аэробная нагрузка способна защитить печень от негативного влияния алкоголя. К таким выводам пришли ученые из Медицинской школы при Университете Миссури (University of Missouri School of Medicine).

Известно, что регулярное употребление алкоголя может привести к серьезным проблемам, в том числе к развитию жировой болезни печени, цирроза и рака печени. Джамал Ибда и его коллеги провели серию экспериментов на линии крыс, обладавшей высоким уровнем физической активности. Одна группа животных в течение 6 недель подвергалась действию алкоголя. Оказалось, что повышенный метаболизм был способен защитить печень от формирования жировых отложений в печени и развития воспаления в результате действия алкоголя.

Авторы предполагают, что интенсивные аэробные нагрузки, например, бег или езда на велосипеде, также могут препятствовать развитию повреждений печени человека под действием алкоголя.

МедПортал

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 25.02.2015 г.

Председатель: академик Мухин Н.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: Проф. Н.П. Потехин, д.м.н. С.А. Чернов, В.В. Стец, д.м.н. А.Н. Бобин, к.м.н. А.Г. Борисов (ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ»)

«Почечно-легочный синдром на примере ANCA-ассоциированного васкулита и синдрома Гудпасчера»

Почечно-легочный синдром — это остро развивающееся сочетание тяжелого легочного поражения по типу геморрагического альвеолита с гломерулонефритом, как правило, быстро прогрессирующим. Заболевание наблюдается крайне редко: частота его не превышает 0,5 на 1 млн в год. В литературе описываются единичные клинические наблюдения, до 1968 г. по данным Геллера Л.И. в мировой литературе было описано 135 достоверных случаев синдрома Гудпасчера. По данным базы Medline, с 1993 по 2000 гг. удалось получить сведения о 85 больных синдромом Гудпасчера. Ни в одном из центров не было зарегистрировано более 40 случаев синдрома Гудпасчера.

Причина заболевания точно не известна, однако не исключается генетическая предрасположенность (так как у данных пациентов значительно чаще, чем в общей популяции, обнаруживается один из главных классов антигенов гистосовместимости HLA-DRW 2). Не исключается вирусная природа заболевания, так как часто в дебюте имеются признаки ОРВИ. У некоторых больных в анамнезе есть указание на вдыхание летучего углеводорода. Обсуждается роль курения, ингаляций высоких концентраций кислорода. Частота появления новых случаев имеет 2 пика. Первый приходится на возраст от 5 до 40 лет, он характеризуется шестикратным преобладанием мужчин и частым поражением легких, второй — после 60 лет, соотношение мужчин и женщин равное, а поражение легких при этом менее тяжелое.

В клинике синдрома Гудпасчера преобладает поражение легких и почек. Поражение легких клинически проявляется либо в виде кровохарканья, либо кровотечений, которые наиболее часто и определяют прогноз заболевания. Рентгенологически в легких выявляются двусторонние инфильтраты, часто сливающиеся между собой. Поражение почек при синдроме Гудпасчера соответствует, как правило, быстропрогрессирующему гломерулонефриту с гематурией и протеинурией разной степени выраженности и быстрым неуклонным снижением почечных функций вплоть до развития терминальной стадии почечной недостаточности. Из неспецифических клинических признаков отмечаются слабость, похудание, лихорадка, реже артралгии, миалгии. Кроме того, часто обнаруживается железодефицитная анемия, вызванная легочными кровопотерями и поддерживаемая почечной недостаточностью.

Основной лабораторный признак синдрома Гудпасчера — это выявление антител к базальной мембране клубочков (антитела к БМК).

Терапия синдрома Гудпасчера требует быстрых, точных решений, привлечения к лечению анестезиологов, специалистов гемодиализа, детоксикации, так как зачастую у пациентов имеются расстройства витальных функций. Пациенты с подозрением на легочно-почечный синдром должны начинать лечение в реанимационном отделении стационара. Согласно клиническим рекомендациям KDIGO по лечению гломерулонефритов от 2012 г., терапия быстропрогрессирующего нефрита, связанного с антителами к БМК и ANCA, начинается с введения циклофосфамида, в качестве альтернативы возможно использование ритуксимаба, также используются кортикостероиды. Важнейшую роль при развитии легочных кровотечений играет плазмаферез с максимальным плазмообменом.

Редкие болезни — это не те болезни, которые встречаются редко, а те, о существовании которых врачи не достаточно осведомлены. Знание нозологии, умение вычленив ее из ряда синдромосходных заболеваний, своевременно начатая терапия дают шанс больному на значительное улучшение прогноза. Важно при подозрении на наличие у больного легочно-почечного синдрома вовремя эвакуировать его в специализированное лечебное учреждение, в котором имеются возможности проведения комплексного высокотехнологического, но очень дорогостоящего лечения.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 12.11.2014 г.

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: Д.м.н., проф. Н.П. Потехин, В.В. Стец, д.м.н., проф. А.А. Зайцев, д.м.н. Т.В. Кондратьева, проф. С.А. Чернов (ГВКГ им. Н.Н. Бурденко)

«Актуальные вопросы диагностики и лечения внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста»

Эпидемиология внебольничной пневмонии обширна: в США 5–6 млн случаев в год, в Европе — более 3 млн. Заболеваемость в общей популяции 1–12% в год, у лиц старше 65 лет процент варьирует от 25–44%. В России в 2006 г. зарегистрировано 591 493 случая, это около 3,44%.

Внебольничная пневмония у военнослужащих составляет 30–50%, это по ВС РФ, в округах — 70–90%, а в отдельных частях — 150% и выше — болеют не по одному разу. Заболеваемость внебольничной пневмонией среди военнослужащих по контракту составляет 4,5–5%.

В военно-медицинских отчетах конца XIX века отмечалось, что острые инфекции респираторного тракта занимали 4 место в структуре общей заболеваемости, уступая лишь тифам, «перемежающейся лихорадке» и острым заболеваниям желудочно-кишечного тракта. В период с 1837 по 1851 г. заболеваемость пневмониями не опускалась ниже 50%. В начале XX столетия (1900–1906 гг.), в пограничном корпусе русской армии крупным воспалением легких заболело в среднем 5 человек из 1000 военнослужащих.

Ведущая роль в структуре больных внебольничной пневмонией принадлежит военнослужащим из числа молодого пополнения, это 80% (новобранцы учебных частей). Причинами заболеваний служат стрессовое влияние призыва, смена климатических зон и как следствие физическая и психологическая дезадаптация призывников, переохлаждение во время построений, нарядов, скупенность личного состава при размещении в казармах, перекрестное обсеменение пневмококком и «атипичными» микроорганизмами. Почти каждый 10-й случай внебольничной пневмонии в войсках характеризуется тяжелым течением. Промедление с направлением пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии ухудшает прогноз заболевания, а в период эпидемических вспышек на этап стационарной медицинской помощи (базовый, окружной госпиталь) прибывает одновременно несколько десятков заболевших.

Пневмококк — это возбудитель № 1 внебольничной пневмонии. У 2/3 больных неустановленной этиологией предполагается пневмококковая пневмония. Клиническая эффективность антибактериальной терапии внебольничной пневмонии на дому достаточно высока. Она составляет 87–95% при использовании в лечении фторхинолонов, макролидов, пенициллинов и цефалоспоринов. При нетяжелом течении внебольничной пневмонии применяют такие препараты, как амоксициллин или макролид внутрь (для больных в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний) и амокси/клавуланат, амокси/сульбактам ± макролид или новый фторхинолон внутрь.

Существуют факторы риска неудачи. Это наличие сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, хронический алкоголизм, наркомания, истощение), тяжелое осложненное течение внебольничной терапии, предшествующая антибактериальная терапия. Был проведен анализ фармакотерапии ОРВИ в лазарете медицинского пункта войсковой части. Несмотря на рекомендации не использовать антибитики при ОРВИ, по полученным данным частота использования амоксициллина, ампициллина, цефалоспоринов III поколения, макролидов достигала 75%.

В условиях стационара больным внебольничной пневмонией назначаются препараты выбора (бензилпенициллин, ампициллин, амоксициллин/клавуланат, цефотаксим, цефтриаксон, эртапенем) и макролид или новый фторхинолон (ступенчатая терапия). Больным в отделении интенсивной терапии назначают препараты выбора (амоксициллин/клавуланат, цефотаксим, цефтриаксон, эртапенем) и макролид или новый фторхинолон + цефалоспорин III поколения.

Продолжение на стр. 5

Начало на стр. 4 ↗

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 08.04.2015 г.

Председатель: академик Мухин Н.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: Проф. Л.П. Ананьева
(Научно-исследовательский институт им. В.А. Насоновой)

«Системная склеродермия — новые возможности ранней диагностики и улучшения прогноза»

Системная склеродермия — системное заболевание, при котором на фоне аутоиммунных расстройств развиваются пролиферирующая облитерирующая генерализованная васкулопатия и прогрессирующий фиброз внутренних органов. Основными симптомами системной склеродермии являются синдром Рейно, уплотнение кожи, мышечно-скелетные проявления, интерстициальный легочный фиброз, легочная артериальная гипертензия, склеродермическая почка, гипокинезия пищевода, рефлюкс-эзофагит (пищевод Барретта, аденокарцинома), избыточный рост микробов в кишечнике, синдром мальабсорбции, хакексия.

Существуют характерные признаки поражения кожи при системной склеродермии, это плотный отек кистей, склеродактилия, амимия, заострение носа, «кисет», утолщение и укорочение уздечки языка, гиперпигментация, диспигментация (витилиго, по типу «соль-перец»), телеангиэктазии, стадия кожных изменений: отек, индурация, атрофия, кальциноз мягких тканей.

Феномен Рейно — это повторные эпизоды двухфазного изменения цвета кожи, провоцируемые холодом. При динамическом наблюдении пациентов с феноменом Рейно определенная системная склеродермия развилась у 79,5% при наличии у них в дебюте типичных склеродермических изменений при капилляроскопии и одновременном обнаружении одного из специфичных для склеродермии аутоантител. Указанные два предиктора, обнаруженные в начале динамического наблюдения увеличивают вероятность развития склеродермии в 60 раз. Специфичные для системной склеродермии аутоантитела выявляются в тесте на антинуклеарный фактор (АНФ), направлены на узкий спектр ядерных аутоантигенов («эксклюзивный» набор мишеней — растворимых ядерных белков), имеют диагностическое и прогностическое значение, появляясь на самом раннем этапе (изолированный синдром Рейно) до развернутой клинической картины болезни. Методика видеокapилляроскопии ногтевого ложа является неинвазивным методом визуального исследования сосудов микроциркуляции, он позволяет выявить структурные и количественные изменения капилляров кожи *in vivo*.

Важно, чтобы врачи первичного звена могли выявлять самые ранние признаки склеродермии («красные флаги») и направлять этих больных на консультацию ревматолога. Для доклинической диагностики ранней склеродермии необходимо применять капилляроскопию ногтевого ложа и определять АНФ и специфичные аутоантитела.

Ранний системный склероз — состояние, при котором феномен Рейно или отечность кистей, сопровождается типичными микроваскулярными и аутоиммунными нарушениями (АНФ+), но пока не имеют других клинических проявлений болезни.

Диагноз «системная склеродермия» можно установить до развития «типичной» клинической картины болезни. Существуют «инструменты» для своевременной диагностики, это алгоритм «красных флагов» при синдроме Рейно, новые критерии диагноза, компьютерная томография грудной клетки и функциональные легочные тесты в динамике, катетеризация правых отделов сердца, DENEST и др. Своевременная терапия органов поражения снижает активность болезни, замедляет ее прогрессирование и улучшает прогноз.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 13.05.2015 г.

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: И. Член-корр. РАН, профессор,
д.м.н. В.Б. Симоненко
(ФКУ МУНКЦ им. П.В. Мандрыка)

«Вклад медицины в победу советского народа в Великой Отечественной войне»

Началось все с самого красивого выражения Пирогова «Война — это травматическая эпидемия». С началом войны мобилируются все медицинские кадры, чтобы справиться с этой эпидемией. На фронт ушли практически 70% профессоров и преподавателей Высших школ. Среди личного состава медицинской армии было 4 академика. 1942 год — это определяющий год в организации оказания медицинской помощи. Было выделено 4 основных направления, в которых сказано, что оказание помощи в Красной армии во время военных действий должны были быть стандартными и обязательными для всех этапов оказания этой помощи.

Работа военных врачей — это подвиг. Самый главный итог их работы — это возвращение в строй 17 млн раненых и больных, фактически это составило 1700 полнокровных дивизий. Опыт Первой мировой войны показал, что нельзя обеспечить войну, используя запасы, которые были накоплены в предвоенный период. Поэтому за годы между Первой и Второй мировой войной отечественная промышленность попыталась сделать работу своих заводов и фабрик такой, чтобы можно было накопить запасы и быстро их восстановить. В первые дни и месяцы боевых действий было разрушено много лечебных учреждений. Усилиями медицинской службы были предотвращены эпидемии и массовые заболевания, что стоит только отсутствие эпидемии в блокированном Ленинграде. Если у многомиллионного города в живых осталось 200 тысяч, то можно себе представить, сколько трупов и возможных очагов появления эпидемии было в городе.

Развиваются отдельные направления, это гнойная хирургия, была открыта эра отечественных антибиотиков. Сформировалась целая наука — организация и тактика управления медицинской службой, мероприятия по защите от оружия массового поражения. В военно-морской медицинской академии в 1944 г. создается кафедра тактики санитарной службы флота с курсом военно-морских дисциплин.

По официальным данным, в войне участвовали свыше 800 тысяч женщин. Основное направление использования женского труда — это военно-медицинская служба. Среди среднего медицинского персонала было свыше 60% женщин, среди врачей — свыше 40%. Женщины работали в подвижных госпиталях, на передовой и в партизанских отрядах. И в этот же период образовывается такое направление военной медицины, как военная гинекология. Санитарные потери военнослужащих женщин составили 17% численности личного состава и среди этих 17% более 60% — это гинекологическая патология. Следующим шагом было создание и формирование женских отделений в военных госпиталях. Несколько позже был развернут и женский госпиталь.

Доклад: 2. Д.м.н., заслуженный врач РФ И.А. Борисов
(ФКУ МУНКЦ им. П.В. Мандрыка)

«Комплексное лечение инфекционного эндокардита у молодой женщины»

Пациентка 27 лет поступила в госпиталь в апреле 2007 г. с диагнозом сепсис, первичный инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана 3-й степени, пролапс митрального клапана. Имелась тромбозомболический синдром, инфаркт селезенки, острая левосторонняя глухота. Из анамнеза известно, что у пациентки отсутствовал ревматический анамнез, в 20 лет у нее был диагностирован пролапс митрального клапана, что не помешало ей благополучно родить 3 детей. Во время последней беременности на 16–30-й недели пациентка принимала дексаметазон, далее на 36-й неделе, 31 марта, были преждевременные роды. На следующий день после родов был подъем температуры, связанный с возможным лактостазом. В результате пациентка была выписана из роддома, и на следующий день после выписки поднялась температура до 39, которая не сбивалась. Пациентка была госпитализирована в ГКБ им. С.П. Боткина, после родового эндометрита, с подозрением на вторичный гнойный менингит. В посевах крови был выделен MRSA. Она получала большой спектр антибиотиков, это был цефтриаксон, ампициллин, оксациллин. Несмотря на то что MRSA был устойчив к метронидазолу, меропенему, в больнице им. С.П. Боткина перепробовали почти весь имеющийся спектр антибактериальной терапии. 16 апреля при эхокардиограмме у пациентки выявлена аортальная недостаточность, а также вегетация на аортальном клапане. Пациентка была проконсультирована кардиохирургом, и выставлены показания для протезирования аортального клапана. К нам пациентка поступила с жалобами на слабость, повышение температуры до 38–39 с ознобами, дискомфортом в области сердца, тугоухостью, болью при ходьбе в области таза. При лабораторном исследовании отмечались значительное повышение РОЭ и анемия. При электрокардиографии обращала на себя внимание перегрузка левых отделов сердца. При рентгенографии было увеличение левых отделов и при эхокардиографии подтверждены аортальный порок, свежая вегетация на створках аортального клапана, пролапс митрального клапана. В результате оценки анамнеза было принято решение о комплексном обследовании. При ультразвуковом исследовании брюшной полости малого таза были признаки инфаркта селезенки, эндометрита. При МРТ брюшной полости выявлены единичные абсцессы селезенки, изменение стенки матки. В результате был выставлен диагноз: сепсис, гнойный эндометрит, первичный инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана, пролапс митрального клапана, инфаркт селезенки, острая левосторонняя глухота. Были определены показания к операции, и 2 мая 2007 г. была выполнена комплексная операция. В послеоперационном периоде проводилась стандартная терапия, пациентка находилась в условиях кардиохирургической реанимации, где проводилась антибактериальная терапия препаратами зивокс в течение 10 суток, далее метронидазолом в течение 2 недель и др. Проводились иммунокоррекция, стандартная антикоагулянтная терапия, коррекция электролитных расстройств. Были прописаны β-блокаторы и мочегонные средства. На 9-е сутки после операции при эхокардиографии наблюдалось хорошо сокращающийся левый желудочек. Пациентка была выписана из стационара через 21 день. После этого она проходила реабилитацию и ежегодно проходит контроль.

Продолжение на стр. 6 ↗

ИнтерНьюс

Нанобиотехнологи МФТИ уместили анализ крови в тест-полоску

Исследователи из ИОФ РАН и МФТИ разработали новую биосенсорную тест-систему, основанную на применении магнитных наночастиц и предназначенную для очень точного измерения концентрации белковых молекул-маркеров, которые указывают на начало или развитие заболеваний, в различных образцах, включая непрозрачные или сильно окрашенные жидкости. Исследование опубликовано в журнале *Biosensors and Bioelectronics*.

Новая разработка по своему принципу напоминает тест на беременность. Анализ проводится с помощью небольшой тест-полоски из пористого материала с двумя реакционными линиями. С одной из сторон наносится капля исследуемой жидкости; через некоторое время результат проявляется активацией либо одной, либо двух линий. Такая тест-полоска может долго храниться до использования. Проведение теста занимает мало времени, не требует специально обученного персонала, легко может проводиться рядом с пациентом и даже в полевых условиях.

Магнитные наночастицы на молекулярном уровне «сшиваются» с антителами к нужному белку, и затем их наносят на пористую пластину неподалеку от предполагаемого места контакта с изучаемым раствором. Жидкость, распространяясь по пластинке за счет капиллярного эффекта, захватывает магнитные частицы. Далее она встречает две линии — тестовую и контрольную. Тестовая содержит антитела, которые задерживают интересующий белок и заодно те магнитные метки, которые соединились с молекулами белка за счет того, что наночастицы тоже «сшиты» с антителами. А контрольная линия задерживает только антитела с магнитными метками, и она срабатывает в любом случае, если тест-полоска пригодна к использованию. Роль контрольной линии — показатель того, что тест пригоден к употреблению, что белковые антитела в его составе не разрушились от неправильного хранения и что анализируемая жидкость попала туда, куда надо.

После того как образец пропитал тест-полоску и антитела провзаимодействовали друг с другом, можно считать результат. На этом сходство с тестом на беременность заканчивается. В случае с классическим тестом на беременность результатом может быть либо «да», либо «нет». А разработанный тест позволяет не только выявить наличие белка с высокой чувствительностью, но и точно определить его концентрацию. Точность определения будет даже превосходить точность методов, которые выполняются только в лаборатории и только квалифицированным персоналом.

Ведущий автор исследования Алексей Орлов, научный сотрудник ИОФ РАН, говорит: «Традиционно тесты, которые можно проводить не только в условиях лаборатории, а даже в полевых условиях, основаны на применении флуоресцентных или окрашенных меток, а результаты определяются визуально, «на глазок» либо с помощью видеокамеры. Мы же используем магнитные частицы, которые обладают существенным преимуществом: с их помощью можно проводить анализ, даже окунув тест-полоску в полностью непрозрачную жидкость, скажем, определять вещества непосредственно в цельной крови. Точное численное измерение выполняется строго электронным способом с помощью портативного прибора. Ситуации «то ли да, то ли нет» абсолютно исключены».

Ученые отмечают, что наряду с высокой чувствительностью определения концентрации белка, новая тест-система позволяет проводить измерения в широком динамическом диапазоне: верхний порог определяемой концентрации превышает нижний более чем в 4000 раз.

Пресс-служба МФТИ

ИнтерНьюс

Голый землекоп болеет раком

Долгое время считалось, что кожистые грызуны, обитающие в Африке, устойчивы ко всем формам рака. Эта способность противостоять онкологическим заболеваниям привела к тому, что эти животные стали объектом изучения многих ученых, занимающихся канцерогенезом. Более того, многие уважаемые представители научного сообщества всерьез говорили о том, что землекопы вообще не проявляют признаков старения на клеточном уровне, в результате чего их продолжительность жизни совершенно аномальна для животного столь незначительного размера.

Исследователям из медицинской школы при университете штата Вашингтон (University of Washington School of Medicine) удалось описать два случая возникновения злокачественного новообразования у этих уникальных животных. В первом случае аденокарцинома была обнаружена у 22-летнего голого землекопа из Зоопарка Брукфилда. У другого животного, обитавшего в Национальном зоопарке Вашингтона, диагностировали рак желудка.

Это делает голых землекопов еще более загадочными существами, — считает исследователь Марта Делани. Она объясняет, что рак был выявлен всего у двух животных из нескольких сотен. Это свидетельствует о том, что африканские грызуны обладают особым механизмом, в большинстве случаев защищающим их от рака.

Ранее исследователям уже удалось показать, что организм голых землекопов способен ингибировать поступление кислорода к опухолевым клеткам, тем самым блокируя их рост и подавляя развитие рака. Кроме этого, голые землекопы способны секретировать гиалуронан. Удаление его с поверхности кожи животных привело к образованию опухолей. Исследователи пока не могут ответить на вопрос, почему голые землекопы практически не болеют раком. Они надеются, что изучение организмов заболевших грызунов поможет им найти ответ на этот вопрос.

МедПортал

Лекарства на выброс

Согласно результатам исследования, опубликованном в журнале British Medical Journal, федеральные (Medicare) и частные страховые компании в США ежегодно тратят около \$3 млрд., закупая препараты для лечения онкозаболеваний, которые не используются полностью.

По словам соавтора исследования Питера Баха из Memorial Sloan Kettering Cancer Center, фармкомпании зарабатывают миллиарды долларов, выпуская онкопрепараты в больших флаконах, которые частично не используются, а регуляторы не обращают на это внимание. Он полагает, что ситуацию нужно менять в целях экономии средств в области здравоохранения.

Исследователи проанализировали объем неиспользования TOP20 самых продаваемых онкопрепаратов, в том числе дорогостоящих Valcade и Keytruda. Выяснилось, что непосредственно из-за неиспользования препаратов теряется \$1,8 млрд ежегодно. Еще около \$1 млрд плательщики переплачивают за наценку на лекарства для больниц и практикующих врачей. Автор исследования онколог Леонард Зальц отмечает, что в США приходится закупать онкопрепараты только в больших флаконах, хотя в Европе эти же лекарства доступны в более мелких расфасовках, поскольку там цены на фармпродукцию регулируются. Например, широкоприменяемый препарат Treanda выпускается в четырех объемах, поэтому отходы составляют в среднем 1%. По данным исследования, 18 из 20 проанализированных препаратов выпускаются на американский рынок только в одной или двух расфасовках, в результате в мусорную корзину отправляется до 10% общего объема закупок.

Фармацевтический вестник

Начало на стр. 4, 5 ↻

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 27.05.2015 г.

Председатель: академик Моисеев В.С.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: 1. К.м.н. Е.Н. Никулкина

«Клиническое наблюдение:

Успешное лечение хронического гепатита С у больной с наличием неблагоприятных прогностических факторов»

Женщина 52 лет по профессии менеджер. В возрасте 10 лет перенесла тяжелую автотравму, потребовавшую переливание компонентов крови. Из семейного анамнеза известно, что бабушка и мать больной имели избыточную массу тела, артериальную гипертензию и сахарный диабет. В возрасте 41 года, в 2004 г. пациентка обратилась в стационар с жалобами на нарастающую слабость и повышение артериального давления до 160 и 90 мм рт. ст. Масса тела больной составляла 92 кг. При обследовании выявлены антитела к вирусу гепатита С, также повышение активности печеночных трансаминаз. При детальном обследовании: РНК вируса гепатита С положительно, генотип 1b, вирусемия 5,7 на международных единицах в мл.

В 2005 г пациентка обратилась в клинику им. Евгения Михайловича Тареева, выявляется избыточная масса тела, гепатомегалия, пальпируется плотный, острый край печени, отмечено трехкратное повышение активности АСТ и АЛТ. Исключены аутоиммунные, наследственные заболевания печени, токсический фактор и подтвержден хронический вирусный гепатит С. Пациентке выполнена пункционная биопсия печени, обращали на себя внимание наличие признаков тяжелого стеатоза печени, активности печеночного процесса и формирование цирроза. Индекс гистологической активности 10 баллов. У пациентки диагностированы цирроз печени класса А в исходе хронического гепатита С, 1b генотип, высокий уровень вирусной нагрузки и метаболический синдром, который представлен ожирением 2-й степени, артериальной гипертензией 1-й степени и стеатогепатитом. Индекс инсулинорезистентности пациентки составлял свыше 3 баллов. Для коррекции выявленных метаболических нарушений был разработан комплексный подход, который включал в себя формирование модели пищевого поведения совместно с психотерапевтами; гипохолерийную диету совместно с диетологами; регулярные, дозированные физические нагрузки, эквивалентные 10000 шагов в сутки и коррекция инсулинорезистентности с помощью метформина в дозе 20 мг на 1 кг массы тела пациентки. В течение 3 месяцев отмечены снижение массы тела больной более чем на 10% исходного, нормализация показателей АД и снижение выраженности инсулинорезистентности. Была начата противовирусная терапия пегилированным интерфероном альфа и рибавирином в течение 1 года 48 недель. Через 4 недели от начала терапии наблюдалась нормализация активности АСТ и АЛТ. При обследовании отмечено снижение уровня гемоглобина вследствие рибавирино-индуцированного гемолиза. Пациентке назначен эпоэтин бета, достигнута нормализация показателей гемоглобина, противовирусная терапия продолжена в прежней дозе. Таким образом, своевременное выявление и коррекция исходных и неблагоприятных прогностических факторов способствовали успеху противовирусной терапии.

Доклад: 2. Академик РАН, д.м.н. профессор Н.А. Мухин

«Евгений Михайлович Тареев и концепция персонифицированной медицины в клинике внутренних болезней»

Евгений Михайлович Тареев начинал свою деятельность, когда Максим Петрович Кончаловский и его школа прекрасно развивались. Евгений Михайлович Тареев родился в Пскове, в семье очень известного богослова. Его отец имел кафедру нравственного богословия в Псковском училище, затем семья переехала в Сергиев Посад. В Троице-Сергиевской Лавре отец Евгения Михайловича получил кафедру нравственного богословия, которой он заведовал в течение почти 20 лет. Этот период детства, юности был очень важным, потому что он воспитывал Евгения Михайловича в самых разных направлениях. Испанский, греческий, латынь, немецкий, французский — это языки, на которых говорилось в семье Тареевых в то время. Английский Евгений Михайлович выучил позже, когда начались поездки за границу.

Евгений Михайлович поступает в Московский университет на медицинский факультет и начинается Первая мировая война. С 4-го курса все мужчины ушли на фронт, ушел и Евгений Михайлович. Но, учитывая его проблемы со здоровьем, — он болел туберкулезом, его направили не в действующую армию, а в Ижевск, где он руководил госпиталем. После окончания университета и войны, по возвращению в Москву, Евгений Михайлович попадает в Первый медицинский университет. Активная работа Тареева началась в клинике Кончаловского. Евгений Михайлович всю жизнь проработал на медико-профилактическом, санитарно-гигиеническом факультете и очень это ценил, потому что считал, что профессия и среда, в которой работают люди, — это очень важный компонент для понимания этиологии патогенеза, болезней, развивающихся у человека.

Один из учебников, написанных под руководством Евгения Михайловича, это «Профессиональные болезни». В 1965 г реализуется мечта Евгения Михайловича иметь свою клинику. Тареев был удостоен многих наград и званий: 3 орденов Ленина; Героя Социалистического Труда; Лауреата Сталинской премии, которую он получил за монографию «Малярия».

Персонифицированная медицина — это термин, который сегодня у всех на слуху, всегда мы лечили больного, а не болезнь. Пытались найти особенности заболевания у конкретного больного. Прежде всего это касается болезни Фабри. Это крайне редко встречающееся заболевание. Прогноз нередко определяется поражением почек. Очень важен гепатологический раздел, касающийся болезни Вильсона-Коновалова. Это орфанная болезнь, где есть субстрат, механизм, который приводит к развитию цирроза печени и неминуемой смерти от печеночной недостаточности. Чаще всего пациенты попадают в клинику с терминальным циррозом печени. Если персонифицированно оценить цирроз печени, соединив его с болезнью Вильсона-Коновалова, то можно изменить судьбу пациентов. 63% поступают на стадии терминального цирроза печени и почти 90% остаются в живых.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 28.10.2015 г.

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2 Л.И. Дворецкий (ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

«Легочный туберкулез или... (о болезни и смерти Ф. Шопена)»

Сегодня мы решили поговорить о болезни знаменитого Фредерика Шопена. В течение длительного времени Шопену приписывали туберкулез. С детства обращали на себя внимание некоторые детали, которые потом окажутся ключевыми в диагностике его заболевания. У Фредерика была плохая переносимость жирной пищи, физических нагрузок. Уже в юности Шопен начинает путешествовать. Сначала Фредерик поехал с отцом в Польшу. У него была головная боль во фронтальной плоскости, предположим, что это были черты синусита. Можно сделать вывод, что у Шопена наблюдались признаки поражения околоносовых пазух. Потом он едет в Париж. У него начинается лихорадка, сохраняются головная боль, видимо, это было проявление воспаления околоносовых пазух. Имеются респираторные симптомы: продуктивный кашель, кровохарканье. Проявляется очевидная легочная симптоматика, врачи рекомендуют Шопену постельный режим.

На протяжении 3 лет у Фредерика наблюдается кашель с отделением гнойной мокроты. У Шопена был очень слабый, осиплый голос. Он остается в Париже, интенсивно консультирует, выступает, но болезнь его не отпускает. Сохраняются все те же симптомы. Учитывая плохое состояние Шопена, он едет на Майорку. У Фредерика возникла переносимость жирной пищи. Смотревшие его доктора рекомендовали кровопускание. Это традиционный метод в те времена, которым лечили почти всех больных. Фредерик отказался от этого, потому что его сестра умерла от легочного заболевания, ей применялось интенсивное кровопускание. По утрам у Шопена продолжался сильный кашель с большим количеством отделяемой мокроты. Фредерик возвращается в Париж, в мокроте у него появляется периодически кровь, возникает одышка. Низкая масса тела. Шопен впадает в депрессию и едет в Англию, где продолжают кашель и одышка. Болезнь прогрессирует. В своих письмах меньше чем за год до своей смерти Шопен пишет: «По приезду в Лондон я совсем не мог выходить на улицу, кашель усилился, посещают каждый день доктора, появляются отеки». В последний год жизни наряду с одышкой возникают цианоз, чугунный цвет лица, диарея, отеки нижних конечностей. В 1849 году Шопен умирает.

Масса статей написано в авторитетных медицинских журналах, где обсуждается болезнь Шопена, приводятся разные версии. Австралийский доктор, большой любитель Шопена, опубликовал статью: «Действительно ли Фредерик Шопен страдал кистозным фиброзом?» Его аргументы сейчас рассматриваются и обсуждаются. В пользу муковисцидоза у Фредерика Шопена говорят ранние признаки заболевания; плохая переносимость нагрузок, жары и жирной пищи; диарея; постоянно значительная потеря массы тела; большое количество гнойной мокроты — это бронхоэктазы, которые являются неизбежными спутниками муковисцидоза.

Шопен был похоронен в Париже, но сердце его было увезено в Варшаву. Директор Национального института Шопена в Польше не так давно опубликовал информацию, что сердце Шопена находится в отличном состоянии, но было бы рискованно производить какие-то манипуляции, тем более — генетического исследования, так как даже прикосновение может оказаться разрушительным. Для поляков это было веским аргументом против того, чтобы проводить эксгумацию сердца для экспертизы.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

В преддверие кризиса 2015 года особенно резко проявились расхождения в прибыльности бизнеса и доходах населения. Несмотря на выраженный экономический спад (в среднем на 4%), доходы бизнеса выросли значительно, особенно такого бизнеса, который должен заниматься обслуживанием населения. По данным Абеля Аганбегяна, прибыль бизнеса на транспорте и связи выросла почти в 7 раз, в ЖКХ — почти в 4 раза, в торговле — в 2 раза, в производстве пищевых продуктов — почти в 3 раза. Наиболее доходным является страховой бизнес, в котором заинтересованы некоторые властные структуры. Именно из-за мощнейшего страхового лобби не удается оторвать от системы ОМС паразитирующие на ней страховые медицинские организации, доходы которых достигают почти 1000%. Столь значительные прибыли стали возможны из-за допущенного и планируемого государством роста цен на товары и услуги, вследствие чего у населения грабительно отняли как минимум 5 трлн рублей.

часть населения беднела, а как известно, богатые живут дольше бедных. Даже в США, по данным The New York Times, различия в СПЖ у бедных и богатых составили 5,8 лет. В последнее время у 10% богатых СПЖ там выросла с 79,1 до 87,2 лет. Однако, как отмечает директор Института измерения здоровья и развития в Сиэтле Кристофер Мюррей, далеко не каждого американца касается этот прогресс. Кроме того, ситуация в отечественном здравоохранении не улучшается, и с этим связано до 40% всех случаев преждевременной смертности, а именно смертность лежит в основе расчетов СПЖ.

По данным ВЦИОМ, в 2015 году сильные финансовые трудности испытывали 39% опрошенных (за год до этого их число составляло только 22%), и эта доля будет только расти в 2016—2017 годах, когда мы, как считают

шинство принадлежит правящей партии), что уже давно требуются кардинальные меры. Однако Минздрав РФ, исходя из «руководящих» указаний, занимается поиском паллиативных и порой взаимоисключающих решений, напоминая о качестве из стороны в сторону без малейшего продвижения. Что можно к этому отнести? Не продуманную и не просчитанную программу «Доктор рядом» во главе с выпускником механико-математического факультета МГУ и «Земский

По отношению к гражданам и к общему здравоохранению власть всех уровней живет за высоким забором, имея немалые привилегии и полагая, что все живут точно также.

доктор», на которую выделено 3,2 млрд. рублей (из далеко не резинового фонда ОМС — 60% и из бюджетов регионов — 40%), введение штрафных санкций для врачей (помимо налагаемых СМО и по КоАП, куда Минздрав РФ намерен внести поправки) за нарушение произвольно установленных порядков оказания медицинской помощи, проведение медицинских экспертиз и так условно называемой «диспансеризации» (на самом деле периодических профилактических осмотров, приписки по которым достигают 70%), обязанность выпускников медицинских вузов отработать в течение 5 (?) лет в государственных ЛПУ (это нарушение Конституции РФ, и проблему распределения выпускников можно решить иным путем), в дополнение к ликвидации службы школьной медицины, ограничения воспитателям детских садов и учителям школ доступа к данным о здоровье детей, новые правила по дополнительному (к чему?) медицинскому и фармацевтическому образованию, создание централизованного контроля в сфере здравоохранения, постоянные изменения и манипуляции в работе скорой медицинской помощи, вплоть до ее ограничения курящим, создание рейтинга врачей терапевтов (?), продолжающаяся «оптимизация» медицинских учреждений и их «реструктуризация», безобразия с медикаментами, которые подорожали на десятки процентов, при одновременном ограничении закупок эффективных импортных средств или приобретения некачественных и дешевых препаратов, введение новых порядков финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, эксперимент по лекарственному страхованию, сводящийся к сооплате пациентов, установление ничем не обоснованных требований к размещению ЛПУ с учетом их доступности, оставление в системе ОМС паразитирующих частных коммерческих страховщиков с некоторым ретушированием порядка контроля качества и т.д. Все изложенное напоминает броуновское движение, достойно журнала «Крокодил» и могло бы служить поводом для очередной развенчивающей статьи с предложениями о том, что и как нужно делать в реальности.

Этим я раньше и занимался, реагируя на неадекватные минздравовские медицинские стандарты, приказы, законы и т.д. Но повторяться совсем не хочется. Кроме того, все «новации» в здравоохранении ведут к значительному ухудшению здоровья граждан, росту летальных исходов, обрекая многих больных, в том числе страдающих раком, на преждевременную смерть, которая могла бы быть предотвращена.

Уже сейчас «специалисты» в области здравоохранения пытаются перевести все на экономические рельсы и ставят, мягко сказано, далеко не гуманные вопросы, например, что выгоднее (!), продлить жизнь онкобольного на 5 лет или провакцинировать от гриппа несколько тысяч пациентов? (вице-президент фонда «Сколково»). С такими взглядами можно дойти до решения проблем Пенсионного фонда, ликвидировав всех пожилых людей, сократить расходы на стационарную помощь, отправив всех тяжелых больных умирать

на дом и т.д. Вам это ничего не напоминает? Вот примерно такие «профессионалы», которых даже на пушечный выстрел нельзя близко допускать к

здравоохранению, сейчас в ряде случаев имеют решающие голоса. Поэтому важны и особенно актуальны не только перспективная модель и стратегия охраны здоровья и оказания медицинской помощи, не только упорядочение всей расстроенной системы здравоохранения, не только решение вопросов о достаточном финансировании, но и кадровые проблемы, начиная с отбора к врачебной профессии и кончая привлекаемыми в здравоохранение сторонними специалистами. А требования здесь одни — не зная на личные возможности, нужно стараться сделать что-то полезное для страны, для здравоохранения, а не для галочки, нужно понимать, что основу здравоохранения составляют не медицинские и другие чиновники, но отношения в системе «пациент—врач», а все остальное представляет собой обеспечивающую надстройку. Нужно осознавать, что главное действующее лицо, для которого как раз существует здравоохранение (а не наоборот), — это пациент, и прежде всего необходимо думать о его потребностях и интересах и по возможности их удовлетворять. Кроме того, кадры нужно готовить с учетом работы на новой технике, в новых условиях и по новым технологиям. Это важнейший вопрос и упускать его никак нельзя.

Бизнес, население и его здоровье



Юрий Михайлович Комаров,
доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
член бюро Исполкома Пироговского движения врачей,
член Комитета гражданских инициатив

Казалось бы, увеличение прибыли предприятий и организаций на 49% за год должно

логично привести к росту средней заработной платы, как это происходит в развитых странах. Однако, у России особый путь развития и потому доходы и потребление населения снизились на 8—10%. И профсоюзы это деликатно проглотили. Если за год до этого рост средней зарплаты составлял 9%, а в 2012 году — 12%, то в 2015 году он снизился до 4,6%. Правда, и эти цифры вызывают некоторые сомнения, поскольку информация о снижениях зарплаты поступает из многих регионов, а незначительный рост для одних работающих связан с насильственным увольнением других.

Снижение реальных доходов большинства граждан (70% населения) обусловлено ростом цен, который составил более 30%, и одновременной инфляцией в 15,5%.

Таким образом, политика властей на поддержание и укрепление бизнеса и удушение населения продолжается. Правда, в первую очередь это касается бизнеса приближенных к власти людей. В результате за один год число только зарегистрированных и заплативших налоги очень богатых людей (миллионеров и миллиардеров) в стране выросло, а число семей, которые относят себя к бедным, увеличилось, по данным ВЦИОМ, в 2 раза.

Минимальная зарплата обычно соответствует средней, разделенной пополам, и в нашей стране она в 2,5 раза ниже, чем, скажем, в той же Турции. Видимо, власти продолжают считать, что из народа можно еще кое-что выжать для пополнения бюджета, вместо того чтобы провести реструктуризацию экономики, снизить расходы на государственное управление, повысить налоги с богатых, ввести налог на роскошь, прекратить списание немалых внешних долгов (140 млрд долл. за последние годы) и т.д. Такие вопросы даже не обсуждаются, а вот как сэкономить на индексировании пенсий — это пожалуйста. Мол, наш народ терпеливый и все выдержит.

Представляет интерес логика чиновников, пытающихся объяснить причины падения доходов граждан. Они мотивируют это тем, что темпы роста доходов в 2000—2008 годах опережали темпы экономического роста, как бы упуская из виду обнищание населения в 1990-е годы. В связи с изложенным, Абель Аганбегян задает резонный вопрос, а есть ли в стране социальная политика, направленная на повышение уровня жизни, на ликвидацию бедности и формирование полноценного среднего класса, являющегося в развитых странах опорой демократии и экономического развития.

Многие наши политологи и социологи наивно полагают, что цель у нас одна — улучшить жизнь и благосостояние граждан и потому считают, что социальный бюджет, которым гордятся многие региональные лидеры, должен быть одновременно и бюджетом развития. Там же пропагандируется так называемая адресная социальная помощь, от которой во многих странах давно отказались, признав, что она не борется с бедностью, а лишь по разным причинам ее воспроизводит.

Росстат опубликовал предварительные и ожидаемые властями данные о росте средней продолжительности жизни (СПЖ) в России за 2015 год на 0,29 лет, во что верится с трудом. Дело в том, что подавляющая

авторитетные специалисты, опустимся на дно кризиса. А затем понадобится еще не менее 4 лет, чтобы выбраться из кризиса. Если же не проводить структурные преобразования в экономике, то период стагнации может, по оценкам Минфина РФ, растянуться на 15 лет.

Сейчас россияне стали очень сильно экономить, отказываются от приобретения одежды и обуви, сокращают расходы на питание и товары первой необходимости, отказываются от посещения заведений общепита и от поездки в отпуск, стали больше относить вещей в ломбарды и больше красть. Правда, богатые люди вместо зарубежных курортов забронировали себе места в Крыму, где цены уже такие же, как в Сочи, а не столь богатые отпуск намерены проводить дома или на дачках.

По отношению к гражданам и к общему здравоохранению власть всех уровней живет за высоким забором, имея немалые привилегии и полагая, что все живут точно также. А привилегии их специального (правительственного)

здравоохранения заключаются в более высокой оплате за аналогичный труд, в значительно большем финансировании, что позволяет использовать лучшие реактивы и медикаменты и обеспечить более высокое, чем в общей сети, качество медицинской помощи. Правда, несмотря на то что, как и раньше, там за каждым лечащим врачом имеется набор консультантов, многие чиновники всех уровней и рангов предпочитают лечение за рубежом. Поэтому возникает вопрос, почему бы наши привилегированные клиники не использовать для зарабатывания средств за счет международного медицинского туризма?

Об опасностях и формах проникновения немедицинского бизнеса в здравоохранение мы уже писали в статье о государственно-частном партнерстве (ГЧП).

Это означает полное игнорирование системы охраны здоровья и «сбрасывание» государственной ответственности за организацию оказания медицинской помощи, что полностью соответствует проводимой политике выкачивания денег из населения. Медицинский бизнес в виде частных клиник или частных услуг входит в состав национальной системы оказания медицинской помощи и должен получить свое дальнейшее развитие, достигнув хотя бы 10% общих объемов медицинской помощи. Частные клиники существенно отличаются от государственных и переданных в эксплуатацию частному бизнесу тем, что при одном и том же уровне подготовки медицинского персонала отношение к пациентам там более уважительное, внимательное и участливое. В частных клиниках есть понимание необходимости разумного соотношения цена—качество, оказанной помощи—прибыли и если цена или прибыль будут преобладать мотивационно, то число пациентов значительно уменьшится. В этом и заложена долгосрочность проекта. Что же касается переданных частному бизнесу в эксплуатацию государственных ЛПУ, то бизнес при этом заинтересован в максимальном извлечении прибыли, он может свою долю раздробить, передать, продать и т.д. Это еще раз демонстрирует пагубность ГЧП для здравоохранения и пациентов.

В целом ситуация в здравоохранении настолько плоха (на это обращала внимание даже ОНФ, где боль-

Росстат опубликовал предварительные и ожидаемые властями данные о росте средней продолжительности жизни (СПЖ) в России за 2015 год на 0,29 лет, во что верится с трудом.

ИнтерНьюс

Медицинские туристы предпочитают Азию

Эксперты Российской ассоциации медицинского туризма (АОММТ) проанализировали число туристов, посетивших в 2015 году ведущие и перспективные страны с целью улучшить свое здоровье, говорится на сайте ассоциации. В тройку лидеров вошли Таиланд, Сингапур и Малайзия. Таиланд посетили 3 млн иностранных пациентов, в основном из Японии, США, Великобритании, стран сотрудничества Персидского залива (Катар, Саудовская Аравия, ОАЭ и Кувейт) и Австралии. Доход Таиланда от медицинского туризма в прошлом году составил \$4 млрд. Таиланд лидирует в сфере медицинского туризма среди азиатских стран (более чем 40% медицинских туристов).

В Сингапур в 2015 году на лечение приехали около 1 млн человек. К 2017-му прогнозируется рост этого показателя на 20%. В 2015 году медицинские туристы оставили в стране более \$1 млрд.

Значительно возросло число медицинских туристов, посетивших Малайзию, — с 583 тыс. в 2011-м до 850 тыс. в 2015-м. Доход от медицинского туризма в Малайзии составляет около \$22 млн.

США являются родиной медицинского туризма. Чаще всего медицинские туристы из США ездят в Латинскую Америку и Таиланд. В 2015-м с медицинскими целями по всему миру путешествовали около 1,6 млн американцев. Что касается въездного медицинского туризма, то страну за отчетный период посетили более 500 тыс. иностранных пациентов.

В период с 2011 по 2015 количество иностранных пациентов в клиниках Индии возросло на 25%. За прошедший год страна приняла примерно 485 тыс. медицинских туристов.

За последние шесть лет число медицинских туристов, приезжающих в Южную Корею, возросло на 33%. В 2015 г. в страну приехали на лечение примерно 320 тыс. туристов. Ожидается, что к 2020 г. поток медицинских туристов в Корею возрастет до 1 млн человек. Доход отрасли за 2015 год составил около \$160 млн.

Мексика в 2015 году посетили примерно 300 тыс. пациентов. По прогнозам экспертов, к 2020 г. поток медицинских туристов составит 650 тыс. человек.

Одной из самых привлекательных, с точки зрения медицинского туризма, европейских стран является Германия. Эксперты прогнозируют, что к 2017 г. доход страны от медицинского туризма будет равен 4,6 млрд евро. Ежегодный доход от медицинских туристов в Германии составляет 1–1,35 млрд евро. В 2015 году в немецких стационарах насчитывалось около 90 тыс. иностранных пациентов и 1,25 млн наблюдались амбулаторно. Россияне составляют самую многочисленную группу, если не считать европейцев. С начала 2000-х поток пациентов из России в Германию вырос в семь раз. Всего страна принимает пациентов из 178 стран мира.

В 2015 г. в Россию из-за границы приехали на лечение примерно 8,5 тыс. человек. В основном это граждане стран СНГ или бывших советских республик. Меньший процент составляют европейцы. Среди них: итальянцы, американцы, финны, англичане и другие. В основном, в российском медицинском туризме их привлекает низкая цена, а также специалисты высокого уровня. Основные направления, которые интересуют иностранцев, это фертильный туризм, стоматология, косметология и пластическая хирургия.

Казахстан за 2015 г. посетили чуть более 1 тыс. иностранных пациентов. Среди них граждане Англии, США, России, Кыргызстана, Болгарии, Турции и других стран. Самыми популярными услугами, предоставляемыми иностранным пациентам в 2015 г., стали микрохирургическое удаление спинальной грыжи межпозвоночного диска, коронарное шунтирование и лечение различных гинекологических проблем.

Фармацевтический вестник

28 января 2016 года состоялось расширенное заседание президиума Совета по инновациям, на котором собрались все члены Совета, а также приглашенные из числа подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА России) организаций. Почетным участником стал д.б.н., профессор, заместитель руководителя ФМБА России, курирующий научное направление, Виктор Назаров. Вел заседание руководитель ФГБУ «Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России Александр Самойлов. На заседании выступил с докладом председатель Московского городского научного общества терапевтов (МГНОТ) профессор Павел Воробьев.

Инновации проверяют на качество

МГНОТ начинает сотрудничество с Советом по инновациям ФМБА

Ключевыми вопросами для обсуждения стали рассмотрение итогов прошедшего стартового для Совета 2015 года и планы на нынешний год. Основной задачей в области развития деятельности Совета определено расширение сотрудничества с профессиональными медицинскими организациями и сообществами, а также привлечение большего числа экспертов для совершенствования процедур оценки медицинских технологий.

Эффективная система оказания медико-санитарной помощи предполагает обеспечение и повышение ее доступности и качества. Достижение этих целей невозможно без постоянно функционирующей системы оценки и внедрения новых (инновационных) медицинских технологий, являющихся более эффективными и экономически целесообразными по сравнению с традиционно используемыми.

Принятие решения об использовании новой технологии должно основываться на всесторонней экспертной оценке, основными параметрами которой является доказанная эффективность и экономическая целесообразность. В соответствии с приоритетными направлениями государственной политики в обеспечение здоровья утвержденных Основных направлений деятельности правительства России на период до 2018 года и во исполнение решения расширенной Коллегии ФМБА России от 21.04.2015 года в ФГБУ «Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА была создана система оценки медицинских технологий и стандартизации, основой которой стал экспертный орган — Совет по инновациям.



В состав совета входят главные внештатные специалисты ФМБА России и другие специалисты, деятельность Совета регулируется положением о Совете по инновациям.

В задачи Совета входит:

- проведение всесторонней объективной профессиональной экспертной оценки новых медицинских технологий, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации;
- содействие в развитии медицинской науки, направленной на создание высокотехнологичных инновационных продуктов, а также повышение эффективности разработки современных медицинских технологий и новых методов диагностики и лечения;
- содействие внедрению в практическое здравоохранение для сохранения и укрепления здоровья прикрепленного к ФМБА России контингента новых медицинских техноло-

гий, подтвердивших целесообразность применения, путем стандартизации.

Стремясь к повышению качества своей работы, Совет по инновациям видит одним из приоритетов своей деятельности расширение сотрудничества с различными профессиональными организациями и сообществами, общими целями которого могут быть:

- повышение объективности, непредвзятости, прозрачности и открытости процедур оценки медицинских технологий;
 - ответственное информирование и популяризация данных о новых доказанно-эффективных медицинских технологиях в среде профессионального медицинского сообщества;
 - повышение эффективности при принятии управленческих решений в отношении использования новых медицинских технологий;
 - поддержка внедрения новых доказанно-эффективных медицинских технологий;
 - поддержка и популяризация статуса профессиональных экспертов.
- В зависимости от решаемых задач заинтересованными сторонами процесса оценки медицинских технологий могут выступать:



Государственные органы для повышения качества и доступности медицинской помощи — эффективности работы подведомственных ЛПУ, противодействия лоббированию и коррупции в сфере внедрения и закупок медицинских технологий.

Заявители (разработчики, продвигающие компании, инвесторы) для всесторонней объективной профессиональной оценки доказанности эффектов медицинской технологии на основе четких требований к объему и качеству исследований; помощь в создании доказательной базы по эффективности медицинской технологии; фактическое содействие по внедрению разработанных медицинских технологий в практическое здравоохранение за счет информирования профессионального медицинского сообщества и стандартизации.

Лица, принимающие решение о применении и закупке медицинских технологий (руководители ЛПУ, клиницисты, пациенты) для получения объективной достоверной информации о доказанности эффективности медицинской технологии; повышения эффективности терапии (клинической и/или экономической); повышения рейтинга медицинской организации, владеющей передовыми и эффективными медицинскими технологиями.

Медицинские специалисты и работники, пациентские организации для повышения уровня владения профессиональными знаниями и, как следствие, репутации и востребованности специалиста и эффективности деятельности пациентских организаций.

Характер сотрудничества предполагается в виде:

- привлечения к участию в оценке дополнительных экспертов;
- организации пострегистрационных клинических исследований;
- разработки клинических рекомендаций и стандартов;
- информационной поддержки.

На сегодняшний день Совет уже подписал соглашение о сотрудничестве с Московским городским научным обществом терапевтов (МГНОТ), комиссией РАН по борьбе со лженаукой и фальсификацией научных исследований, межрегиональными общественными организациями «Общество специалистов доказательной медицины» и «Общество фармакоэкономических исследований» и некоторыми другими. Подробная информация содержится на сайте www.hta-fmbc.ru

Анна Пименова



Научной статьёй этот текст назвать вряд ли возможно. Философским — тем более. Скорее заметки и размышления на медицинскую тему.

Теория заговора. Начну с цитирования заключительной фразы В.Н. Обридо (2010), касающейся скандала вокруг вопросов климата: «Не хотелось бы обижать своих друзей и коллег, но пиаровский шум вокруг ряда проблем (озонные дыры, изменение и перемещение магнитного поля Земли, грандиозные вспышки на Солнце, астероидная опасность, нанотехнология, клонирование, пищевые добавки, генномодифицированные продукты, птичий и свиной грипп, и даже польза и вред курения и употребления спиртных напитков) определяется существованием огромных общественных, экономических и политических организаций, заинтересованных в том, чтобы с помощью ученых урвать себе кусок экономического пирога побольше. Ну, а ученому за сотрудничество можно тоже дать кусочек...» Возможно, с медицинских устоявшихся позиций тут есть некоторый «перебор», например про курение, но в целом, мне кажется, мысль верна.

Попробуем разобраться в «теории заговора», ибо эта новелла все чаще встречается в различных научных обоснованиях плавания против течения — мейнстрима. Имеет ли право на жизнь этот аргумент? Для медицинской науки эта тема весьма актуальна.

Мы, цивилизация, столкнулись в очередной раз с борьбой различных классов. Раньше были феодалы и крестьяне, пролетарии и капиталисты, сегодня — класс чиновников и класс производителей... научной продукции. Да-да, именно так: основное производство, приносящее прибыль, сегодня наукоемко, а следовательно, ученые, развивающие науку, становятся творцами капитала и прибавочной стоимости. Страна, эксплуатирующая науку в хвост и в гриву — Израиль: огромная часть бюджета ее формируется за счет продаж новых технологий. Понятно, что продаются именно идеи, а не готовые инженерные разработки — инженеры «доводят» новации уже в других государствах. В России же успешно «производятся» новые лекарственные молекулы (это — компьютерное моделирование) и затем потоком отправляются для дальнейшего изучения и воспроизводства готовых лекарств за рубежи нашей страны. В стране, кроме небольшого числа специалистов, никто и никогда даже не говорит про это направление по получению прибыли.

Обычным утверждением стало, что наука интернациональна. Это так, но космополитичность имеет и другую сторону медали. Если раньше мы говорили и думали о локальных государственных передрягах и их влиянии на национальном уровне, то, похоже, интернационализация управленческого аппарата тоже становится реальностью наших дней. Да взять тот же Европейский Союз: разве в силах правительства отдельных стран противостоять общим решениям? Посмотрим, что будет с бунтом Польши, но, скорее всего — у них не получится. Но смьчка власти с капиталом ни у кого не вызывает сомнения. А вот мысль о совместных действиях сразу вызывает отторжение, за которым следует саркастическое обвинение, мол это недопустимое применение теории заговора. В приличном обществе об этом не говорят. Но на самом деле управлением процессами капитализации ведут не только и не столько отдельные владельцы производств, сколько глобальные менеджеры, намертво спаянные с государственными управленцами. А наука — важнейший элемент современного бизнеса.

Попробую пояснить некоторыми мало известными примерами, которые в принципе легко проверяются. Вот ситуация, которая у всех, близких теме лекарств, на слуху: Президент Франции Николя Саркози являлся в недалеком прошлом юрисконсультантом частной, но крупной фармацевтической компании Сервье. В бытность свою руководителем государства он вручил орден Почетного Легиона своему бывшему работодателю. А вскоре разразился скандал о сокрытии данных по небезопасности одного из производимых компанией лекарств. Сокрытие это относится к периоду работы там Н. Саркози.

А вот еще один факт известен меньше. Брат Президента Франции Н. Саркози проводит совещание... в Совете Федерации России: «Глава компании «АЕС Партнерс» Франсуа Саркози рассказал о совместном пилотном проекте Росздравнадзора, «АЕС Партнерс» и АО «Санofi-Авентис групп», касающегося оптимизации работы... (ВНИМАНИЕ!!!) системы государственного возмещения программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) при сахарном диабете типа II. Он подчеркнул, что совместная работа уже началась...» Вот так все переплетается:

выгодный бизнес, руководство страны, иностранные влияния, органы законодательной и исполнительной власти в едином порыве...

Вот еще пример в тему «заговора», хотя на первый взгляд и не совсем высоконачный. Крупнейшая, известная всем страховая компания России — РОСНО (Российское страховое народное общество) основано в 1991 г. На рубеже нулевых годов компанию приобрела немецкая страховая компания Allianz, собственно с 2011 г. она переименована в ОАО СК Альянс. Менеджмент — практически весь (за редким исключением) состоит из западных специалистов, все те, кто создавал компанию отсюда были уволены. Бизнес, ничего кроме бизнеса.

Синдром Павлика Морозова: лженаука, манипулирование и оценка медицинских технологий — рассуждения о путях движения медицины



П.А. Воробьев

*Формула болезни.
Защищая «истинные» ценности:
«Ели не я — то кто же?»*

Есть такая наука — организация здравоохранения. И специалисты в этой области много лет пытаются обосновать туловище развития здравоохранения через страховую систему финансирования. По аналогии с пожарной или милицейской службой, медицина должна быть на содержании, а не получать средства за выполненную работу. Понятно, что если пожарному платить за каждый пожар, то он скоро станет поджигателем. Ясно, что в малых поселках, особенно удаленных, не будет «объема» для оплаты медицины по результатам, но жители имеют право доступности к медицине, которое обеспечивается наличием там медицинской службы. При бюджетном финансировании, при содержании. Это — не выгодно, но медицина не может исходить из выгоды. Наоборот, страховые компании, страховые принципы — они как раз базируются на получении прибыли. Не будем вдаваться в подробности, но протестующие против мейнстрима — медицинского страхования — отлучены, выдвинуты отовсюду, лишены должностей, стали маргиналами. Вроде Пироговского движения врачей, к которому я имею честь принадлежать в последние годы. Конечно, есть большая группа ученых — организаторов здравоохранения, вполне влиятельных, с академическими регалиями, которые медицинское страхование поддерживают. Нападения на бизнес, пусть и вредный, не ведут ни к чему хорошему, они — опасны.

Возможно получилось неубедительно. Еще пример: в последнее время все чиновники гордятся закупкой и установкой у себя операционного робота Да Винчи. Штука интересная: степень свободы оперирующей «руки» во много раз превышает такую простого хирурга, значительно выше точность движений. И вообще хирургу приятно работать джойстиком. Безусловно, и сам

Попробуем разобраться в «теории заговора», ибо эта новелла все чаще встречается в различных научных обоснованиях плавания против течения — мейнстрима. Имеет ли право на жизнь этот аргумент? Для медицинской науки эта тема весьма актуальна.

робот, и комплекующие к нему стоят огромных денег. И в мире, где медицина умеет считать по критерию «затраты/эффективность», роботы эти, скажем осторожно, не очень-то распространены. Но мы страна бедная, у нас так и не появилось обязательная для стран Запада научная, комплексная мультикритериальная процедура оценки медицинских технологий. Там — она обязательный этап принятия решения о затратах на закупку того или иного прибора или лекарства. В России такая система создавалась в числе первых — с конца 90-х годов (Формулярный комитет), но в середине 2000-х была уничтожена. Почему? Почему у нас столько роботов и число компьютерных и МРТ-томографов на душу населения превышает все разумные пределы (не говоря о ценах, которые в 3 раза минималее дороже, чем в западных странах). Коррупция? — конечно, но система оценки медицинских технологий (ОМТ) уничтожается последовательно, постоянно, уничтожаются любые ее ростки. На самом высоком уровне: последнее нападение идет из Аппарата Правительства, высокие чиновники которого (Н.Б. Найговзина) не постыдились даже выпустить книгу, которая представляет из себя, по сути, мракобесные нападки не только на ОМТ, но и попытки разгрома стандартизации в здравоохранении. Хотя, казалось бы, уже и громить-то нечего. И я, видя смьчки,

ИнтерНьюс

Россияне не болели гриппом и не прививались

Сколько россиян накануне эпидсезона сделали прививку от гриппа и сколько собираются делать в будущем, выяснил исследовательский центр «Левада-Центр».

В феврале социологи «Левада-Центра» опросили 1600 совершеннолетних россиян из 48 регионов страны, пытаясь выяснить, болели ли они гриппом. По результатам опроса оказалось, что за последние три месяца гриппом переболели 17% опрошенных. Большинство респондентов (81%) эпидемия обошла стороной. Правда, 43% рассказали о том, что перенесли простуду, 55% сообщили, что их эта хворь обошла стороной. Самый большой процент заболевших как гриппом, так и простудой отмечался в возрастной группе «от 18 до 24 лет». При этом прививку от гриппа сделали в прошлом году только 15% респондентов. В ноябре 2014 года о сделанной прививке сообщили 16% опрошенных, в ноябре 2013-го — 13%, а в ноябре 2011-го — 18%.

Напомним, вице-премьер правительства Ольга Голодец сообщила о том, что вакцинацию от гриппа в этом году прошли более 40% россиян. Еще меньше респондентов — 6% точно решили, что будут прививаться от гриппа в следующем сезоне — осенью или зимой. «Скорее да» ответили 9% опрошенных. Между тем, большинство прививаться не собираются. 43% определенно решили, что не будут, еще 32% — пока думают, но отвечают: «скорее нет». Затруднились ответить еще 7% участников опроса. Процентное соотношение в группе приверженцев прививок тоже практически не изменилось за последние несколько лет. Так, в ноябре 2013 года и в ноябре 2014 года о твердом намерении сделать прививку сообщали 6%. В лагере тех, кто точно не будет вакцинироваться, в те же периоды было 41 и 39% соответственно.

Доктор Питер

Недосыпание приводит к перееданию

Ученые из медицинского центра Чикагского университета выяснили, как недостаток сна связан с выбором нездоровой пищи. Оказалось, что при недосыпании в крови повышается уровень эндоканнабиноидов, влияющих на удовольствие от поглощения еды.

Исследователи пригласили группу добровольцев на две четырехдневные сессии. В ходе первой сессии испытуемые спали по 8,5 часов в сутки, что считается нормой, а в ходе второй — только 4,5 часа в сутки. В течение всего эксперимента добровольцам предоставляли одинаковое питание, а на четвертый день дополнительно предлагали различные снеки — печенье, конфеты, чипсы.

После второй сессии участники исследования испытывали большую тягу к сладкой и жирной пище, чем после первой, и потребляли больше снеков в основном в конце дня. Это происходило даже несмотря на то, что за два часа до этого они съели порцию пищи, содержащую 90 процентов дневной нормы калорий. В среднем за счет снеков испытуемые получили 300 дополнительных калорий. Это значительно больше, чем необходимо для восстановления сил от дополнительных часов бодрствования.

Чтобы понять, как недостаток сна оказывает влияние на тягу к еде, на протяжении всего эксперимента ученые измеряли уровень эндоканнабиноидов в крови добровольцев. Недосыпание изменяло динамику уровня одного из них — 2-арахидоноил-глицерола (2-AG), который усиливает удовольствие от пищи, особенно жирной и сладкой.

В норме уровень 2-AG в крови минимален ночью, утром начинает постепенно расти, достигает максимума в середине дня и постепенно спадает снова. При недостатке сна дневная концентрация 2-AG увеличилась на 33 процента и оставалась высокой до 9 часов вечера. Авторы исследования считают, что именно это вызывает избыточное потребление калорийной пищи при нехватке сна.

Так как количество дополнительно потребляемых калорий избыточно, недосыпание повышает риск набрать лишний вес. Благодаря этому исследованию в перспективе могут быть разработаны препараты от ожирения, нацеленные на эндоканнабиноиды.

Интерфакс

ИнтерНьюс

Гены, унаследованные нами от неандертальцев, связаны с пристрастием к курению и депрессией

Группа ученых из Университета Вандербильта (Vanderbilt University) изучила, как гены, унаследованные современными людьми от неандертальцев, влияют на наше здоровье. Доля этих генов в геноме составляет 1,5–4%.

Джон Капра (John Capra) и его коллеги проанализировали данные о присутствии неандертальских генов в геномах 28 000 взрослых людей, а также информацию более чем о тысяче разнообразных признаков. Они выяснили, что гены были ассоциированы с предрасположенностью к развитию ряда заболеваний.

Так, например, была выявлена корреляция между древними генами и развитием актинического кератоза, депрессии и некоторых других психических нарушений. Удивительным оказалось то, что некоторые аллели были связаны с никотиновой зависимостью. Кроме того, присутствие неандертальских генов влияло на риск возникновения гиперкоагуляции.

Авторы объясняют, что вероятнее всего эти гены закрепились в ходе эволюции из-за того, что давали своим носителям преимущества в приспособлении к определенным условиям среды. Однако у современных людей, живущих в других условиях, они повышают риск развития заболеваний.

МедПортал

Белоснежная улыбка защищает от инсульта

Риск инсульта напрямую зависит от чистоты полости рта и его «обитателей»! Японские ученые обнаружили интереснейшую зависимость: у большинства пациентов, оказавшихся в больнице с острым инсультом, в ротовой полости обнаружены определенные бактерии (грамположительные *Streptococcus mutans*). Результаты исследования опубликованы в журнале Scientific Reports.

Существует несколько патогенетических путей развития инсульта: причина его ишемического варианта кроется в закупорке кровеносных сосудов, снабжающих мозг. При геморрагическом инсульте происходит разрыв сосуда в мозге и, как следствие, внутримозговое кровоизлияние.

Команда исследователей из National Cardiovascular Center (Осака, Япония) наблюдала за пациентами госпиталя, перенесшими геморрагический инсульт. Оказалось, что в слюне больных с внутримозговым кровоизлиянием в 26% случаев найдена *Streptococcus mutans*. Пациенты с другим типом инсульта только в 6% случаев оказывались носителями этой бактерии. Кроме того, исследователи проанализировали результаты магнитно-резонансной томографии на предмет наличия микрокровоизлияний, которые могут стать причиной деменции или более острых состояний. Наличие подобных микрокровоизлияний как раз обнаруживается у носителей *Streptococcus mutans* гораздо чаще, чем у людей со здоровыми зубами.

Согласно предложенной гипотезе, *Streptococcus mutans* может оседать на стенках ослабленных кровеносных сосудов, диаметр которых от этого уменьшается, а кровяное давление в них возрастает. Это ведет к небольшим или обширным внутримозговым кровоизлияниям.

Работа обращает наше внимание на то, что соблюдение гигиены полости рта крайне важно для здоровья мозга. Следует заботиться о своих зубах не только ради красивой улыбки, но и для поддержания здоровья мозга и сердца, это предотвращает возможность развития инсульта и деменции.

Напомним, что это не первое исследование, которое пролило свет на взаимосвязь между наличием инфекций во рту и заболеваниями жизненно важных органов. Так, например, в 2013 году с недостаточной гигиеной полости рта связали ревматоидный артрит.

Streptococcus mutans — это одна из основных бактерий, вызывающих кариес. Из-за наличия особых рецепторов бактерия способна прочно прикрепляться и оседать на зубной эмали.

Нейротехнологии

Начало на стр. 9 ↗

подобные описанным выше, не могу не искать направление, по которому «надуло».

Получается, что манипулирование научными данными производится не просто из-за интереса или нечистоплотности отдельных ученых, стремления их к дутым научным достижениям. Это не вопросы этики, как многие думают. Это вопросы огромных транснациональных бизнес-процессов. И когда я слышу, что наука интернациональна, то мне слышится иное: капитал не знает границ.

После этого вступления попробую объяснить и рассказать происходящее в последние десятилетия в медицине.

Две технологические революции. Считается, что XX веке было две медицинские революции, перевернувшие ситуацию: внедрение чистой питьевой воды (и тут все выпелы у гигиенистов) и появление антибактериальных средств, в первую очередь — антибиотиков. Я бы объединил их в одну, так как обе технологии касаются борьбы с инфекциями. Казалось бы — с инфекциями в целом покончено. Осталось подобрать остатки — грипп, пневмонию, ну еще что-то по мелочи. Обращаю внимание: прививки, вакцинация никогда и никем не относились к главным достижениям здравоохранения и медицины. Фронт борьбы с инфекциями — гигиена и антибактериальные средства. Хотя их можно в какой-то части объединить, если рассматривать победу над оспой и полиомиелитом. Сюда можно приписать искоренение малярии в ряде развитых стран. Впрочем, малярия продолжает свирепствовать в некоторых малоразвитых странах, как и проказа — лепра: до 2 миллионов человек болеют этим проклятием Европы. В Африке и Южной Америке.

С середины XX века в цивилизованных странах, в том числе — России «сломался» главный тренд — от смерти преимущественно от инфекционных заболеваний население перешло к смертям от разнообразных неинфекционных причин. Эти причины сегодня объединены в понятие «Хронические неинфекционные болезни» — ХНИБ. Сюда относятся:

- а) сахарный диабет,
- б) все виды опухолей,
- в) сердечно-сосудистую патологию с исходом в инфаркт миокарда и инсульт,
- г) хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ).

Но при ближайшем рассмотрении ясно, что деление на инфекционные и неинфекционные болезни условно, так как некоторые «не инфекционные» болезни так или иначе связаны с инфекциями. Например, сейчас начинает обсуждаться инкретиновая теория развития сахарного диабета, а тут рядом — вопрос микробиот кишечника. Пока эта тема лишь забрехала, но доказанность высокой эффективности фекальных трансплантаций делает эту тему вновь интересной. ХОБЛ имеет ярко выраженный инфекционный компонент: обострения — это всегда инфекции, а каждое обострение — прыжок по наклонной плоскости. Исподволь ведутся разговоры про роль инфекций в обострении сосудистой патологии (например, через механизмы активации тромбообразования), одно время активно обсуждалась роль инфекций в воспалительных реакциях в сосудистой стенке, которое является патогенетической основой развития атеросклеротической бляшки. Не буду подробно упоминать о вирусной теории рака — пока она остается теорией, хотя связь в некоторых случаях несомненна (например, гепатита и рака печени, язвы и опухоли желудка). Другое дело — вирус, возможно, создает условия для появления опухоли, а не является механизмом поломки генетической программы клетки, передачей генетического кода «по горизонтали», о чем тоже стали говорить иногда. Скорее всего и понятнее, что любая пролиферация — а воспаление это всегда пролиферация — повышает риск мутаций, а исчезновение влияний микроокружения, из-за воспаления и развития соединительнотканых структур и механического разобщения клеток, снижает регуляторные возможности в очаге.

Во всем хроническим болезням оказали честь включить в ограничительный список ХНИБ. В ХНИБ не вошла хроническая почечная недостаточность, которую в последнее время стали именовать хронической болезнью почек (ХБП). ХБП — часто (до 30%) является исходом сахарного диабета, мочевых инфекций. Однако функция почек у всех с возрастом постепенно, но существенно снижается, и в старших возрастных группах ХБП есть практически у каждого человека (как и сердечная недостаточность). С морфологической точки зрения ХПН — это прогрессирующее развитие соединительной ткани, фиброза, на месте нормальных почечных структур. Механизм общий для всех органов и систем: печень (цирроз), сердце (кардиосклероз), сосуды (атеросклероз) и т.д. и т.п.

Не входит в ХНИБ и массовая суставная патология — различного рода повреждения суставов и связочного аппарата: артриты, артрозы, поражения позвоночника, подагра. А ведь эта патология нередко — инвалидизирующая. В суставной патологии, за исключением суставного ревматизма,

прямая роль инфекций не просматривается, однако никто никогда и не задавался таким вопросом. Возможно — стоит, глядишь выплывет какая-нибудь связь. Ведь «реактивных» артритов при инфекциях полно, начиная от гриппа (ломота в суставах) и кончая септическим, в том числе — гонококковым.

Обращает на себя внимание тот факт, что за последние 10–15 лет в мире не появилось ни одного нового антибиотика. Обычно все удивляются, так как много лет литература только и сообщала о резистентности тех или иных возбудителей к антибактериальным средствам. Казалось бы, возникает устойчивость — получите новый антибиотик, с которым микробы еще не имели дела. Видимо, что-то с этим мейнстримом не получилось, и фармкомпании перестали вкладывать деньги в разработки.

Патернализм в медицине. Практически одновременно с затуханием интереса к антибиотикам стала развиваться вакцинальная программа. В России она, по-видимому, носит самый агрессивный характер. В нашей стране делаются следующие прививки (в обязательном порядке): вирусный гепатит В, вирусный гепатит А, туберкулез, дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, гемофильной инфекции, эпидемического паратифа, корь, краснуха, ветряная оспа, пневмококковая инфекция, вирус папилломы человека, грипп. Всего 16 штук. Заметим, нет в мире стран с таким огромным перечнем (конечно, я могу ошибаться, но среди развитых — точно нет). Но если мы думаем, что прививки — это лобби только коррумпированных чиновников, то ошибемся: это еще и лоббирование производителей, имеющих непосредственное отношение... к военно-промышленному комплексу. В свое время тема бакуоружия очень развивалась, на всякого возбудителя нужно было иметь вакцину или сыворотку. Но сейчас тема не столь актуальна, а разработчики, производства — остались. И все это надо как-то оплачивать. Не случайно как из рога изобилия — то внезапно создается вакцина от очередной чумы — вируса Эбола, то обсуждается вирус Зика — и опять от него вакцина нам поможет.

Интересно, что репрессивные решения в отношении принуждения населения принимаются не только в России — в мире, во многих «демократических» странах введены штрафы или иные «наказания» для родителей за отказ от прививок, например им не выплачивают пособие в случае болезни. Правда, число прививок там обычно меньше, например 3 обязательных — во Франции (хотя общий перечень существенно больше — 11 вакцин, но основная масса либо не обязательна, либо настоятельно РЕКОМЕНДУЕТСЯ при особых обстоятельствах, в группах риска: например, туберкулез только лицам из неблагоприятных кондоминиумов, гепатит В — детям, у кого мать больна гепатитом и т.д.), 1 — в Бельгии, 13 (гепатит В, дифтерия, столбняк, коклюш, гемофильная палочка, полиомиелит, пневмококк, ротавирус, корь, свинка, краснуха, менингококк, ветрянка) в Австралии. Но в любом случае — принуждение к здоровью — это новый тренд в медицине. Такой патернализм вряд ли приемлем обществом и ничего хорошего не несет: сопротивление, уклонение от прививок в такой обстановке растет и будет только нарастать. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выражает беспокойство ростом масштабов антипрививочного движения в странах Европы. В Германии, Австрии и Швейцарии целые школы отказываются от вакцинации детей, что грозит распространением кори и полиомиелита. Через Интернет можно купить зараженные выделениями больного ребенка носовые платки — родители готовы заражать детей, только не подчиняться властям. Этакая вариация, унесшая, как

известно, больше жизней, чем сама оспа. А главное — все болезни, от которых прививают, не являются заболеваниями, серьезно определяющими повышенную смертность и инвалидизацию (ну разве что только полиомиелит): они социально не значимы. Для многих не пришло еще время оценить их социальную значимость, так как от момента заболевания до развития осложнений проходят десятилетия. И это, пожалуй, — важнейший вопрос — из-за чего столько копий ломается.

Новая революция. Сегодня мы присутствуем при третьей (второй или четвертой — как считать) революции в медицине: одновременно молекулярно-генетической и информационной. Эти две революции технологически не связаны друг с другом напрямую, тем не менее, их воздействие надо рассматривать в совокупности.

Барак Обама, вангуя 12.01.2016 (термин обозначает ненаучный футуризм, в просторечии — гадание, по имени знаменитой предсказательницы Ванги), в своем последнем послании к нации в Конгрессе США увидел в ближайшем будущем возможность «вылечить рак раз и навсегда». Правда, надо напомнить, что он совсем недавно извинялся перед нацией за провал своего другого национального мегапроекта — цифровой медицины. Но нам интересно, что эти

Но если мы думаем, что прививки — это лобби только коррумпированных чиновников, то ошибемся: это еще и лоббирование производителей, имеющих непосредственное отношение... к военно-промышленному комплексу.

Продолжение на стр. 11 ↗

Начало на стр. 9, 10

две темы являются важнейшими для страны и мира, если о них говорит Президент США.

Сегодня будущее онкологии представляется исключительно через призму молекулярных и генетических основ болезни. Хирургическая тактика, облучение, даже классическая цитостатическая химиотерапия, направленная на подавление клеточного роста, на наших глазах уходит в прошлое. Расшифровка роли отдельных «маркеров» — ферментов, рецепторов, цитокинов-регуляторов — позволяет начать регуляцию опухолевых клеток с помощью биологических препаратов: антител к рецепторам, антиферментов (антитирозинкиназные препараты), антицитокиновых препаратов и т.д. Безусловно, мы еще далеки от коммунизма, но на отдельных направлениях онкологии проделана огромная брешь.

В частности — это касается стройного учения о нозологических формах — заболеваниях. Перечень заболеваний сведен в несколько томов Международной классификации болезней и причин смерти ВОЗ — МКБ-10, появившейся... в конце 80-х—начале 90-х годов. Двадцать пять лет назад. Так вот, именно в онкологии случилась непоправимая беда: «классические» опухоли стали рассыпаться на множество самых разных заболеваний, и основная ранее привязка опухоли к органу, стадийность опухолевого роста — от минимального размера до прорастания в соседние ткани и метастазирования перестают играть существенную роль в определении тактики лечения. Так, например, среди «раков» желудка уже сейчас огромную роль играют лимфомы и лимфосаркомы, которые не надо лечить оперативно, но применять, в основном, химиотерапевтические подходы. А из всех опухолей желудочно-кишечного тракта (пусть кидают в меня онкологи тухлые яйца за такой термин) выделяют те, где применима антитирозинкиназная терапия.

Молекулярная биология, рука об руку с генетикой, позволила создать новый «класс» болезней — редкие, «орфанные», сиротские. Они встречаются не чаще, чем 1 на 100 000 или 1 на 10 000 населения (установленные частоты законами). Среди редких болезней огромное число «новых» опухолей и генетически обусловленных заболеваний, которые ранее могли находиться в едином «нозологическом гнезде». Актуальность этой классификации обусловлена появлением специфической, таргетной терапии, направленной на определенный молекулярный дефект. Для некоторых болезней — например, болезнь Гоше, чудо уже произошло: быстро умиравшие больные стали теперь абсолютно здоровыми людьми. Правда, на постоянной, пожизненной терапии. И — очень недешевой терапии, так как алчность производителей лекарств пока у нас ограничивают недостаточно эффективно.

Перспективы оценки медицинских технологий. В общем и целом: вопросов к каждой медицинской технологии — хоть отбавляй. Но если раньше можно было обсуждать, что разработчики стремились сделать добро, то сегодня не приходится сомневаться: разработчиками движет в первую очередь прибыль. Но медицина и прибыль всегда вступают в конфликт. Долгие годы нам показывали на Запад как на общество всеобщего благосостояния. Это общество выстраивалось под влиянием социалистических идей, которые приспособивались в ситуативное оружие в противостоянии капитализма и социализма. Основой его финансирования было не производство прибавочного продукта и прибавочной стоимости, а финансовые пирамиды кредитов. Теперь социалистические идеи преданы анафеме, мимикрировать больше не надо, и с 90-х годов общество всеобщего благосостояния активно демонтируется не только у нас, но и в Европе. Кризис 2008 г., который развился именно в результате обрушения кредитных пирамид, вызвал резкое ускорение этого процесса. Заявления официальных лиц — от Министра и до Президента — ставят население нашей страны перед фактом, что лавочка закрыта, и о бесплатном здравоохранении можно забыть. Надолго. По оценкам экспертов Комитета Гражданских инициатив — лет на 10. Какие-то крохи будут еще финансироваться через систему обязательного медицинского страхования, но основное — собственные деньги больных. Не хватит — ну что поделаешь...

А раз так, то в растущем секторе платной медицины активно развивается племя шарлатанов от медицины: гомеопатов, гадальцев по высушенной капле крови (возглавляет направление академик РАН, бывший председателем Ученого совета Минздрава и директором института), ириодиagnostов, магнитных терапевтов, биорезонаторов (у меня ассоциация с резонатором у лягушек), специалистов по «лечению» кедровыми бочками и прочих экстрасенсов. На самом деле, описанное выше — это черная зона, но есть много серых, которые гнездуются в официальных частных клиниках и используют, с одной стороны — официально утвержденные технологии и одновременно мошеннические (например, повсеместно используется диагностика по Фолло, а

уж про гомеопатические клиники...). Или магнитная терапия суставной патологии: вроде физика в основе, но имеются доказательства, полученные в рандомизированных, двойных слепых, плацебоконтролируемых исследованиях (аппарат Алмаг), что лечебного эффекта не наблюдается. Но — аппарат — один из самых продаваемых в стране приборов. Лишь бы приносили прибыль, а мы не погнушаемся. Их много таких технологий, очень много. И их совокупный доход весьма и весьма приличен — только по примерным оценкам речь идет о миллиардах рублей в год. А если сюда добавить еще и БАДы...

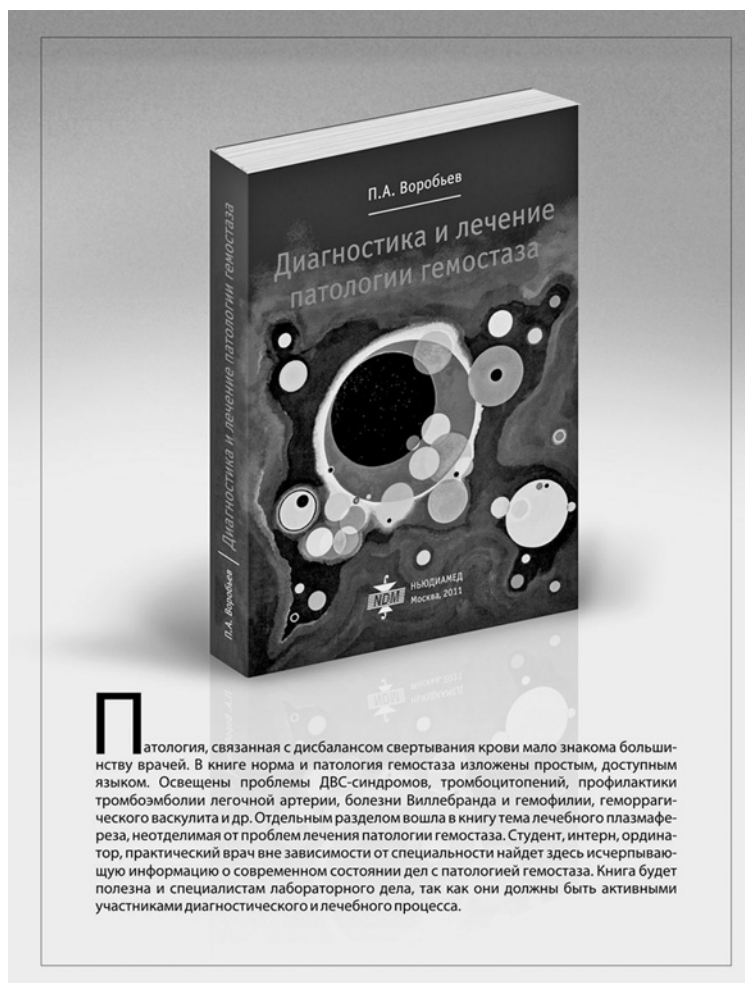
Тем острее встает проблема рациональности затрат на медицинскую помощь. Если бы государство удовлетворяло спрос на основные виды медицинской помощи — ХНИБ, острые заболевания — то для шарлатанов не оставалось бы места. Просто потребности в них высоки из-за недоступности нормальной медицинской помощи. Но с другой стороны, основные затраты в нашей стране связаны с оплатой малоценных услуг и лекарств. Так, самые затратные лекарства для государства... физиологический раствор поваренной соли и раствор глюкозы. Ведь они — основа капельниц, а без капельницы немыслимо у нас стационарное лечение. И — стационарзамещающее. Льем гекалитры воды впустую. Всем подряд делаем ЭКГ, рентген грудной клетки и анализы крови, которые даже не читаются, а приклеиваются в истории болезни «для прокурора». Мы сейчас пытаемся обосновать необходимость отказа от тотальной ЭКГ-олизации населения: она нужна только как метод диагностики (причем — уже не самый лучший) при инфаркте миокарда и при обсуждении у больного некоторых видов аритмий. В других случаях — например, при климактерической кардиопатии — она скорее вредна, чем полезна: обнаружение изменений «на пленки» скорее уведит врача от правильного диагноза. К таким же «ненужным» технологиям следует отнести исследование на ВИЧ, гепатит, сифилис, флюорографию на туберкулез: то, что эффективно в группах риска, абсолютно затратно/неэффективно в общей популяции. Это вообще отдельная тема — использование рутинных методов диагностики и лечения: на них, по умолчанию, тратятся гигантские средства без всякой отдачи.

С другой стороны — строгим дорожные центры — перинатальные, высоких технологий, но закрываем больницы и роддома в шаговой доступности. Как будто у нас, как в Германии, — из конца в конец страны всего несколько часов по автобану. Между некоторыми поселками только вер-

толетное сообщение возможно. Число построенных и торжественно открытых ФАПов в последние годы примерно в 2 раза (по моим прикидкам) превышает число фельдшеров и врачей, работающих на селе.

В общем, друзья, наряду с введением системы оценки медицинских технологий, с которыми мы отстали лет на 15 от прочего мира, пора учреждать Клуб по борьбе с шарлатанскими технологиями в медицине, который станет публично, а не только в тиши академических кабинетов развенчивать шарлатанов, делающих нашу жизнь многократно хуже, препятствующих развитию нормальной, спасающей жизни и улучшающей ее качество медицины. Пора, наконец, братья за идеологическое оружие!

...если раньше можно было обсуждать, что разработчики стремились сделать добро, то сегодня не приходится сомневаться: разработчиками движет в первую очередь прибыль. Но медицина и прибыль всегда вступают в конфликт.



Патология, связанная с дисбалансом свертывания крови мало знакома большинству врачей. В книге норма и патология гемостаза изложены простым, доступным языком. Освещены проблемы ДВС-синдромов, тромбоцитопений, профилактики тромбозов легочной артерии, болезни Виллебранда и гемофилии, геморрагического васкулита и др. Отдельным разделом вошла в книгу тема лечебного плазмафереза, неотделимая от проблем лечения патологии гемостаза. Студент, интерн, ординатор, практический врач вне зависимости от специальности найдет здесь исчерпывающую информацию о современном состоянии дел с патологией гемостаза. Книга будет полезна и специалистам лабораторного дела, так как они должны быть активными участниками диагностического и лечебного процесса.

ИнтерНьюс

В России будут определять взаимозаменяемость лекарств не только при регистрации

Минздрав разрабатывает порядок, по которому будет определяться взаимозаменяемость всех зарегистрированных лекарств. С июля прошлого года уже действуют правила, по которым взаимозаменяемость определяется только при госрегистрации.

Ведомство хочет распространить параметры определения взаимозаменяемости лекарств при регистрации, вступившие в силу с 1 июля прошлого года, на уже зарегистрированные препараты. Уведомление о начале разработки законопроекта Минздрав опубликовал на Едином портале раскрытия информации.

Общественное обсуждение на Едином портале продлится до 7 апреля. Как планирует ведомство, новый закон должен вступить в силу уже в июне этого года.

Напомним, сейчас при госрегистрации воспроизведенный препарат сравнивается с референтным (оригинальным) лекарством по определенным правилам. Как напоминают разработчики законопроекта Минздрав опубликовал на Едином портале раскрытия информации о взаимозаменяемости лекарств должна включаться в государственный реестр лекарственных средств для медицинского применения.

Доктор Путер

Ученые нашли вещество, способное избавить от кариеса

Ученые надеются, что их открытие позволит выявить людей, склонных к кариесу.

Специалисты из Университета Флориды обнаружили новый штамм бактерий, который борется с вредными микроорганизмами, что, как ожидается, приведет к созданию препарата, предотвращающего возникновение кариозных полостей. Открытый учеными штамм стрептококка назвали A12. Был секвенирован весь геном бактерии. Известно, что в полости рта должна быть относительно нейтральная среда, когда она становится кислой, могут появиться кариозные полости или другие проблемы. Кислоту, разрушающую зубы, производят бактерии в полости рта. Поэтому ученые предположили, что главное поддерживать pH полости рта в норме, чтобы не дать развиваться патогенной флоре.

A12 способен победить Streptococcus mutans — особенно опасный штамм стрептококка, преобразующий сахар в молочную кислоту, из-за которой развивается кариес. В ходе испытаний A12 не только нейтрализовал кислоту, метаболизируя аргинин в ротовой полости, но и уничтожал Streptococcus mutans.

MED Daily

Безуглеводная диета опасна для здоровья

Специалисты из Университета Мельбурна (University of Melbourne) предупреждают об опасности популярной палеодиеты. Употребление продуктов с низким содержанием углеводов и высоким содержанием жиров в течение восьми недель может привести к серьезным проблемам со здоровьем. Кроме того, соблюдение такой диеты может вызвать не избавление от лишних килограммов, а набор веса. Соф Андрикопулос и его коллеги провели эксперимент на мышах, страдающих преддиабетом и ожирением. Одни животные в течение восьми недель придерживались палеодиеты (в их рационе было 60% жира и 20% углеводов), а другие питались нормально.

Оказалось, что палеодиета привела к повышению уровня инсулина и увеличению веса на 15%. Ученые объясняют, что человек, весящий 100 кг, решившийся на палеодиету, всего за два месяца прибавил бы 15 кг.

Ее соблюдение также вызывает повышение артериального давления, увеличение риска тревожности и вероятности развития депрессии. У людей, страдающих преддиабетом, вероятность возникновения диабета также повышается.

Ученые более полезной считают средиземноморскую диету, содержащую рыбу, оливковое масло, бобовые и другие продукты, богатые белком.

МедПортал

ОПУБЛИКОВАНО В СОЦСЕТЯХ

Жертвы свиного гриппа

Как организуют смерть пациентов районные терапевты и врачи скорой

Долго думала, рассказывать ли вообще об этой истории. Нельзя же все, что происходит вокруг, размещать в своем журнале. Но сегодня все-таки не выдержала.

Буквально пару недель назад, умер мой родственник, Катауров Александр Федорович. Ему было за семьдесят, пенсионер заболел. В молодости он был похож на персонаж из фильма «Стиляги». Ведь все мы бодем простудой, дело житейское, правда? Все мы когда-то состаримся и будем зависеть от наших родственников, их настойчивости, расторопности и внимательности, в случае болезни. Уже давно ходят среди пенсионеров на лавочке слухи, о негласном распоряжении стараться не госпитализировать лиц, достигших 60-летнего возраста. Я убедилась, что это чистая правда. Александр Федорович заболел, простудился. У него поднялась высокая температура, и 11 января стало плохо. Жена и дочь вызвали скорую помощь. Скорая, как это теперь принято, не стала госпитализировать пациента с какой-то жалкой простудой и высокой температурой. Объявления об эпидемии гриппа в Москве еще не было, а значит, простуду лечить положено в районной поликлинике, амбулаторно.

Медики уехали, пообещав, что завтра придет районный терапевт. Районный терапевт пришла на следующий день, ничего угрожающего жизни не обнаружила, прописала антибиотики. После ее ухода, через какое-то время Александр Федорович стал задыхаться. Вторая скорая помощь уже не смогла придумать причину, по которой пациента не требуется госпитализировать, пациент уже умирал. Александра Катаурова увезли в больницу, где он скончался, находясь на искусственной вентиляции легких.

В статистику умерших от гриппа случаи, конечно же, не попал, и СМИ об этом не говорили. Хотя клиническая картина смерти от острой вирусной инфекции в течение двух дней в точности повторяет все, что рассказывают нам сейчас о свином гриппе и его проявлениях. Скоротечная гибель без нужной терапии как один из возможных вариантов развития инфекции с осложнением в виде пневмонии и отека легких. Показушные меры по предотвращению заболеваемости от гриппа наталкиваются на страшную практику, по которой пациента осматривают и лечат формально, спустя рукава. Особенно, если этот человек беспомощный пенсионер.

Эти случаи — плоды ваших убийственных реформ — господин Печатников. Невозможность быстрой госпитализации, очередь на банальное койко-место — результат сокращения больниц. Строительство «Парка чудес» в Нагатинской пойме и гостиницы у метро Белорусская, вместо городской больницы № 53 и детской инфекционки № 12. Увеличение смертности — прямое следствие проводимой вами политики. Запуганные медики, страховая, которая решает, лечить, или лечить платно, наказывает врачей за неправильно заполненные формы. Скорая, которая госпитализирует только в критических состояниях и только тех, кто уже начал умирать, — плоды сокращения числа медиков и оптимизации расходов на медицину. Мне страшно представить районные центры и маленькие городки, где закрылись даже фельдшерские пункты, как живут люди там??? Будущее расставит все на свои места, и даст правильную оценку вашим действиям. Хорошо бы, чтобы вы дожили до этого момента, дай Бог вам здоровья.

Источник:

<http://anna-nikolaeva.livejournal.com/314937.html>

XXI Международная научно-практическая конференция

«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

3–4 октября 2016 года
Холидей Инн Сокольники, г. Москва

Web-сайт: www.newdiamed.ru
E-mail: gerontology@newdiamed.ru

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 3–4 октября 2016 года XXI Международной научно-практической конференции

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронтологические технологии. Сестринский процесс.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т.д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геронтопротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология.

Помимо традиционных форматов заседаний в рамках конференции планируется проведение тематических мультидисциплинарных блоков по актуальным проблемам лечения пожилых больных, основой которых является дискуссия различных специалистов, предваренная вводной лекцией. Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июля 2016 г.
Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2016 г.

ФОРМА УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

1. **Присутствие на конференции в качестве слушателя:** заполнить заявку предварительно (ONLINE, e-mail: gerontology@newdiamed.ru) или зарегистрироваться в дни работы конференции.

2. **Устное выступление с лекцией, докладом, научным сообщением, клиническим разбором, а также участие в постерной сессии:**

- Правила подачи заявки смотри на сайте: www.newdiamed.ru

Решение о Вашем выступлении с докладом принимает Организационный комитет на основании заявки и тезисов.

3. **Публикация тезисов и статей** (бесплатно; правила подачи заявки на публикацию тезисов и статей смотри на сайте: www.newdiamed.ru).

Тезисы и статьи принимаются до 15 июля 2016 г.

4. **Для фармацевтических компаний, организаций и заинтересованных лиц — участие в выставке** (необходимо подать заявку, подробности по тел. (495) 225-83-74).

Посещение секционных заседаний, симпозиумов, школ является СВОБОДНЫМ!

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ВЗНОС обеспечивает аккредитацию участника конференции, получение журнала с тезисами конференции, папки с материалами конференции, ежедневный обед.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 3500 руб.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП НЬЮДИАМЕД» с указанием фамилии участника конференции:

Р/с 40702 810 500000000485, в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ПАО), К/с 30101 810 145250000563,
БИК 044525563, Код по ОКОНХ: 91514, Код по ОКПО: 18944019, ИНН 7702245220
КПП 770201001

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении»
Газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

Web-сайты: www.newdiamed.ru, www.rspor, www.mgnot.ru

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

Оргкомитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»:

Телефон/факс: (495) 225-83-74, e-mail: gerontology@newdiamed.ru

Председатель оргкомитета профессор Воробьев Павел Андреевич

*Ответственный секретарь Нерсесян Мадлена Юрьевна
(научная программа)*

*Секретариат Голованова Наталья Николаевна
(по вопросам размещения)*

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: Г. Паперная (ответственный секретарь), 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., Моисеев В.С., 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 8-495-83-74, e-mail: mtpdm@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

Внимание!

В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!