



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

П.А. Тридцать лет Чернобылю...

А.И. В Чернобыле мы не потеряли ни одного больного, которого можно было не потерять. Мы потеряли только тех, у кого доза была выше 500–600 рад на костный мозг: это предел, больше там ничего нельзя сделать.

Я не раз говорил своим потомкам по Минздраву, что надо моделировать в сейсмоопасных зонах землетрясение, помощь при землетрясении. В Армении было четко продемонстрировано положение дел: там, где заранее расписали оказание помощи, ампутиаций не было, смертей было менее 10% в сравнении с теми, кто активно ампутировал конечности и терял больных. Это — результат лечения ДВС-синдрома плазмаферезом. Мы должны продумать не только помощь в сейсмоопасных зонах: нужны и строительные технологии, нужны новые дома. Хватит этих кирпичных домов! Или литые из бетона, или новые технологии строительства из облегченных конструкций — плиты из пенопласта с заливкой бетоном для малоэтажного строительства.

П.А. Зимой 16-го года прошла эпидемия гриппа, и молодые люди массово умирали от похожих осложнений, как при землетрясении — полиорганной недостаточности. Это ведь та же ситуация, что и землетрясение, по сути дела.

А.И. Надо нам иметь то, что было у нас во время борьбы с кровотечениями родильниц в Москве. Была одна клиника, куда свозили всех тяжелых родильниц, где могли им помочь. И при гриппе, и при других ситуациях таких больных будет не очень много и просто нужно их концентрировать в одной точке, где умеют оказывать им помощь. Когда врачи чувствуют, что они не справляются, надо больного грузить в реанимобиль и отправлять в реанимацию, где врачи к этому готовы. Я думаю, что плазмаферез там будет решать очень многое.

П.А. Такой клиникой во время Чернобыля была клиника 6-й больницы, теперь — центр А.И. Бурназяна.

А.И. Да, так там все было сделано, все было рассчитано на поступление в нее 120 больных. 30 мы потеряли, это нормально, и — никаких разговоров. Я не знаю ни одного случая, где бы потеряли от того, что хлопали ушами.

П.А. Я помню, как это все развернулось в течение нескольких часов в 6-й больнице, как доставлялись пострадавшие из Чернобыля напрямую на самолете. Одновременно развернули пункт для тех, кто пострадал легко, для жителей Припяти и окружающих районов в нашей 7-й городской клинической больницы (теперь ее не существует, увы). Если мы выявляли признаки большой дозы, мы сразу отправляли в 6-ю больницу. Таких было не много у нас, но все было понятно, четко работало. Приехала Марина Бриллиант, рассказала модель принятия решений.

А.И. Идея моделирования аварии была моя, но ее молниеносно подхватил Владимир Иванович Шахматов. Это имя — Шахматов — забывать нельзя. Моделировать надо тяжелые эпидемии, снежный занос. Холеру надо моделировать, потому что все все знают, как добиваться стопроцентного излечения. Холера выглядит как вирусный понос в Средней Азии. Иногда мы не можем успеть поставить точный диагноз. Это может быть и потом, точнее — это другая служба, эпидемиологическая. А борьба с обезвоживанием, солевые растворы, антибиотики в любом случае не помешают, даже если они не нужны. Это должно быть делом массового оповещения. При лучевой аварии — максимум 100 пострадавших требуют одновременно стерильных условий, у них разные дозы, и в разное время они будут оказываться в агранулоцитозе.

П.А. Я недавно работаю с ФМБА, но все больше понимаю, что должна быть такая «катастрофическая»

организация, которая имеет «метастазы» — свои медицинские организации во всех регионах, и она должна отвечать за эпидемии за землетрясения, за химические ожоги, за массовые термические ожоги. Например, когда «Хромая лошадь» в Перми сгорела, тоже они

Ты помнишь, как все начиналось:

академик Андрей Иванович Воробьев о 6-й больнице, Чернобыле и лучевых поражениях

Беседовал Павел Воробьев



должны были, как минимум, руководить процессом — не Минздрав.

А.И. Сегодня можно только сказать, что вопрос в административном плане требует проработки, может быть он не так элементарно прост. Но проработка займет несколько дней, недели, а опережение будет на годы. Мы ведь за 15 лет просчитали Чернобыль с В.И. Шахматовым, «взорвав» реактор. Мы в модели ни в чем не ошиблись, что и показал Чернобыль.

П.А. На рубеже конца 80-х—90-х годов я делал для Третьего главка такую компьютеризированную модель по развертыванию сил и средств для разнообразных техногенных и природных катастроф. Учитывали признаки, которые можно передать по телефону. На выходе получался расчет, сколько персонала необходимо и какого, сколько бинтов, плазмы и антибиотиков. Но систему эту так и не запустили.

А.И. А.И. Бурназян был заместителем министра здравоохранения СССР. 3-е управление, главк, было создано А.И. Бурназяном, он его курировал. В.И. Шахматов был замом начальника главка, а главком при мне заведовал В.И. Правецкий. Но у них было четкое разделение: Правецкий руководил космосом а Шахматов — лучевой медициной. Я тоже имел отношение к космической медицине, в свое время заседал в комиссии по отбору космонав-

тов. Меня принимал на работу академик Петр Дмитриевич Горизонтов, позже директором был академик Леонид Андреевич Ильин. Но я работал напрямую с руководством: если мало-мальски серьезный разговор — я снимал трубку и звонил Аветику Игнатьевичу Бурназяну по прямой. Был такой порядок, без глупостей.

Я был третьим заведующим, передо мной были Н.А. Куршаков и Вадим Семенович Смоленский. Н.А. Куршаков был уже пожилой человек, и он ушел на пенсию. Вадим Семенович поработал в Биофизике недолго, всего года полтора. Но он потащил сюда молодёжь. А потом он переключился на общую терапию...

П.А. Любопытное пересечение: он очень много занимался диагностическими алгоритмами — такими предтечами стандартов. Очень много писал методичек для студентов, где расписывал пошагово: что делать, если так — то сюда, если так — то туда. Похоже на то, чем мы сейчас занимаемся в сфере стандартизации в здравоохранении.

А.И. Он, конечно, недооценил своего таланта грубо. Я с ним говорил, когда умер А.Л. Мясников: «Что

вы делаете, почему вы не идете на кафедру Мясникова?» А он ответил: «Работать на Пироговке трудно, мне гораздо легче в больнице». Это трепотня пустая, он — выдающаяся фигура, которая была бы ничуть не меньше Мясникова. Но у него не было честолюбия.

В 20-й больнице, где он работал, был публичный скандал с сотрудником, его куда-то увольняли. Он вообще был к этому склонен. Его и из Шестерки уволили: он уехал в закрытый город Челябинск 40, туда ему звонила жена. Это было невозможно в то время, секретность была бог знает на каком уровне. А он говорит — пустяки. В такой ситуации должны были отдать под суд, но Правецкий и Шахматов его защитили и от суда его увели.

Я бы вспомнил Глазунова Ивана Семеновича. Он был профессором, заведовал там неврологией. Тогда очень увлекались влиянием лучевой болезни на ЦНС. Считалось, что все, включая кроветворение, регулируется нервной системой. Но он меня встретил так, как должен это делать русский интеллигент. Он мне обеспечил, что называется, «обстановку» сразу.

Я заведовал отделом в Институте биофизики, и у меня было 3 клинических отделения в больнице. Институт биофизики был рядом, его клинической базой

Я помню, как это все развернулось в течение нескольких часов в 6-й больнице, как доставлялись пострадавшие из Чернобыля напрямую на самолете.

Я тоже имел отношение к космической медицине, в свое время заседал в комиссии по отбору космонавтов. Меня принимал на работу академик Петр Дмитриевич Горизонтов, позже директором был академик Леонид Андреевич Ильин. Но я работал напрямую с руководством: если мало-мальски серьезный разговор — я снимал трубку и звонил Аветику Игнатьевичу Бурназяну по прямой.

ИнтерНьюс

Аспирин: новые данные

Пожалуй, нет кроме аспирина другого такого препарата, который так часто упоминался бы в новостях как надежное средство профилактики инсульта, инфаркта, рака того и этого.

Agency for Healthcare Research and Quality профинансировало обновление профилактических рекомендаций по применению аспирина. Как всегда, обзоры качественные. Их два. Один — про кардиоваскулярную профилактику, другой — про побочные эффекты (кровотечения) при такой профилактике.

Профилактика не приводит к снижению смертности, а только лишь к снижению частоты несмертельного инфаркта миокарда и еще чего-то по мелочи. То есть лишь к перераспределению причин смерти. А риск кровотечения увеличивается в полтора раза.

Естественно, сердечно-сосудистыми причинами не ограничились (хотя, учитывая отсутствие увеличения продолжительности жизни, могли бы далее и не напрягаться), и посмотрели, что далее. Что далее? Конечно, рак. И опять никаких чудес. Общую смертность от рака аспирина не меняет (PMID: 27064482), хотя, возможно, несколько снижает смертность от рака прямой кишки.

Ввиду многосторонности эффектов и неопределенности совокупного результата провели анализ принятия решений (decision analysis), который, как и положено, дал красивые картинки, но определенности не добавил. Получается, что может быть так и эдак, в зависимости от возраста и от того, в каком возрасте начинать, и от того, какой сердечно-сосудистый риск у человека, и какова у него вероятность кровотечения. Если все это принять во внимание, то получается, что польза может быть у людей с высоким сердечно-сосудистым риском и низким риском кровотечения, и если начинать в 50—59, и если есть аспирина не менее 10 лет. Как авторы пишут: the greatest potential for positive net benefit... Потенциальный, значит, бенефит (PMID: 27064573).

По моему скептическому мнению, надо совершенно не иметь чем заняться, чтобы начинать себе такую профилактику в перспективе получения почти никакой пользы.

ОСДМ, Василий Власов

Краснодарские хирурги сделали пациенту мочевого пузыря из части кишечника

Операцию по замене пораженного раком мочевого пузыря на орган, созданный из живой ткани больного, проводили с использованием робота-хирурга Da Vinci в первой краевой больнице Краснодарского края.

В начале апреля в краевую клиническую больницу №1 Краснодара был госпитализирован 54-летний житель села Белая Глина, у которого была диагностирована злокачественная опухоль мочевого пузыря. Орган необходимо было удалить.

Руководитель уронефрологического центра больницы профессор Владимир Медведев предложил использовать робот Da Vinci для создания нового мочевого пузыря из части тонкой кишки больного. Медики в экстренном режиме положили мужчину в операционную. «В операции, которая длилась семь часов, участвовала бригада из пяти человек», — пояснили в больнице, добавив, что хирургическое вмешательство прошло успешно.

При этом, отмечают в краснодарском Минздраве, это первая подобная операция на территории Южного федерального округа. Теперь пациент проходит реабилитацию в онкоурологическом отделении учреждения. «По его словам, новый орган работает хорошо, а сам мужчина уверенно идет на поправку и готовится к выписке», — сообщают в Минздраве.

О преимуществах робототехнической хирургии в урологии говорят и главные отраслевые специалисты. Так, в интервью Vademecum главный внештатный уролог Минздрава Дмитрий Пушкар сообщил, что использование робота помогает снизить травматичность вмешательства, кровопотерю, а также ускорить реабилитацию пациента.

Вадемекум

Начало на стр. 1 ↗

была 6-я больница. Это были две формально независимые организации. Но в условиях лучевой патологии все решала биофизика, я решал.

После меня была Ангелина Константиновна Гуськова. Первыми описали острую болезнь Иван Семенович Глазнов и Валентин Александрович Иванов. Они описали в закрытой работе, но А.К. Гуськова и Григорий Давидович Байсоголов считаются первыми, так как их работа была опубликована. Байсоголов был главным терапевтом и гематологом в филиале 6-й больницы в Челябинске 40. Это было первое место, где сделали атомную бомбу. Они потом приехали в Москву, А.К. Гуськова при мне работала в Институте охраны труда, больше занималась хронической лучевой болезнью. Этой патологии было много, по-моему — несколько тысяч человек. При мне новых уже не было, это ведь своеобразная болезнь безобразной дисциплины. Она возникает при многократных облучениях малыми дозами и проявляется в виде тяжелого астенического синдрома. Такая «вегето-сосудистая дистония» своеобразная, с хронической лейкопенией. Никакой сосудистой, коронарной патологии нет. Мы смотрели дозиметрию: доз, которым можно было бы верить, при хронической лучевой болезни не видели.

После Гуськовой клиническим отделом руководил Жора, Георгий Дмитриевич Селидовкин, мой ученик. Он умер довольно молодым. Был моим сотрудником и Александр Евгеньевич Баранов, который сделал первую в стране трансплантацию костного мозга. Баранова я притаскил, он был аспирантом у меня на кафедре у И.А. Кассирского. Тася Шишкова тоже пришла в клинику от Кассирского, она лечила и изучала больных с климактерической кардиопатией.

Женя Пяткин был одним из главных работников по биологической дозиметрии. Ее фактически, еще до всяких публикаций, начинал Вадим Семенович Смоленский с Леонидом Ивановичем Дворецким. И Андреем Евгеньевичем Вермелем. Его мать была известная опереточная балерина. Они не делали еще собственно биологической дозиметрии, они начали хромосомный анализ делать при облучении. Эти работы были начаты до меня, но сформулировать хромосомный анализ как инструмент биологической дозиметрии — это сделал я и Женя Пяткин.

Команда была большая: Марина Давыдовна Бриллиант пришла практически сразу со мной, Алла Мельникова, Лена Домрачева и Женя Пяткин, Леня Дворецкий — это кариология. Лена Домрачева пришла немного позже. Марина взяла на себя клиническую часть. Она не заведовала отделением, она была над нами всеми в силу своего интеллекта. А должность у нее была — младший научный сотрудник. Скромно. Неврологией заведовал Иван Семенович Глазнов, а терапией фактически заведовал я. Хотя там был формальный заведующий. Было даже, на самом деле, два отделения — одно хронической лучевой болезни, другое — возможной острой лучевой.

По биофизике был еще Валентин Александрович Иванов, кандидат медицинских наук, невропатолог. Он очень хорошо знал лучевую болезнь и очень доброжелательно помогал составлять ретроспективно биологическую дозиметрию. Когда по набору тромбоцитарных и лейкоцитарных кривых разыгрывались биологические показатели связи их с дозой облучения. Он был славный человек, но после того как я ушел, началась его травля. И он не выдержал — покончил с собой.

П.А. А как пришла вообще идея про биологическую дозиметрию. До вас этого не было?

А.И. По-моему, это мы с Мариной придумали. Так бывало, что я был очень занят административными проблемами, которые захлестывали Институт биофизики. Я весь день где-то сидел в заседаниях, а вечером приходил в клинику, и вот Иванов, Шорохов и Марина собирались, обсуждали связь клиники с дозой. Было понятие «доза-эффект», то есть клинический эффект определялся полученной дозой радиации. Это был закон радиологии. Но как-то толком никто этого не определял. Кожа отвечает на «свои» дозы, кроветворение — на «свои» дозы, печень — на «свои» дозы, почки вообще «не слышат» радиацию, никакого лучевого нефрита нет. Это было плохо известно, как-то не было увязано в закономерность. Понятие доза-эффект была, а мы определили понятие доза-время эффекта. Каждый орган отвечал в свое время на критическую дозу: печень через 3 месяца лучевым гепатитом, кожа — через 4 дня первая реакция и потом — вторая реакция.

Уже к Чернобылю мы знали, что ткани отвечают на переоблучение волнообразно. Есть картина первичной реакции и вторичной, которая может развиться через довольно большой срок. И вот эти все закономерности позволили предложить при лучевой болезни схему, чтобы по клинике можно было твердо понять предшествующие события.

...А.К. Гуськова при мне работала в Институте охраны труда, больше занималась хронической лучевой болезнью. Этой патологии было много, по-моему — несколько тысяч человек. При мне новых уже не было, это ведь своеобразная болезнь безобразной дисциплины.

Было понятие «доза-эффект», то есть клинический эффект определялся полученной дозой радиации. Это был закон радиологии. Но как-то толком никто этого не определял.

Добыли согласие, переправили препарат, но он ни разу не использовался еще на людях — только на собаках. Мы решили его попробовать на себе. Ввели повышенную дозу, у меня были очень тяжелые боли в крестце.

Мы сдали тогда, перед моим уходом, закрытую книжку, ценности необыкновенной. В ней вся биологическая дозиметрия была расписана подробно. Тогда было понятно — что она была закрыта. Но ее надо немедленно разыскать, скрывать теперь нечего...

Приезд Р. Гэйла во время Чернобыльской катастрофы я считаю одним из важнейших научных достижений нашего отдела. Конечно, случилось это благодаря Николаю Ивановичу Рыжкову и Хаммеру: они запросили — мы не возражали. Тогда на самом высоком уровне были осуществлены трансплантации костного мозга. В подборе донора участвовал Тарасаки, крупнейший иммунолог. Ноль приживления. Но мы это предсказывали: рассчитывать на трансплантацию костного мозга при острой лучевой болезни не надо. Поэтому были прекращены работы по созданию костномозговых банков на случай острой лучевой болезни.

Сегодня это очевидный факт, потому что подобрать донора нереально. Но даже если вы подберете, то поскольку облучение грубо неравномерное, если участок костного мозга поражен в дозе выше 600 рад, выше 1000 рад, с тяжелыми повреждениями кожи, а другой, пусть и небольшой участок, — в минимальной дозе, — этот небольшой участок рано или поздно даст свое кроветворение, которое вступит в конфликт с пересаженным костным мозгом. Если остался собственный костный мозг, то нет шансов на приживление — это понятно. Наверное, больного еще надо дооблучить, чтобы нигде не осталось собственного кроветворения. Если же кроветворение исходно нигде не осталось, то значит поражения других органов будут настолько тяжелыми, что он умрет от поражения внутренних органов.

В Чернобыле трансплантацией костного мозга никого не спасли, но потом, когда мы в спокойной обстановке снимали кинофильм по лечению острой лучевой болезни, обсуждали со специалистами Америки, Израиля, Германии, все согласилось: понятно, Андрей Иванович, приживления тут с нулевой вероятностью. Но важно, что были международные научные свидетели, эксперты, подтвердившие наши данные.

Мы с Гейлом впервые проверили на человеке действие колониестимулирующего фактора. Теперь это ходоное лекарство, а тогда лежали трое больных с дозами более 500 рад. И у них так заты-

нулся агранулоцитоз, что мы боялись их потерять. Хотя кроветворение медленно-медленно начало восстанавливаться. Вообще аварийный лучевой агранулоцитоз не похож на банальный агранулоцитоз, вызванный химиотерапией или лечебным облучением гама пучком. Это подробно было описано в нашей книжке. Марина вычитала где-то, что на животных апробирован колониестимулирующий фактор. Я тогда сказал Гейлу: «Попробуй достать». «А как переправим?» «Как переправим, — я говорю — нам госбезопасность обеспечит это. Лишь бы было согласие американской стороны». Добыли согласие, переправили препарат, но он ни разу не использовался еще на людях — только на собаках. Мы решили его попробовать на себе. Ввели повышенную дозу, у меня были очень тяжелые боли в крестце. У Гейла такой реакции не было. Это потом было описано — очень редкое осложнение.

Удалось спасти из 3 больных 2: один очень тяжелый погиб в первый же день после введения препарата от тяжелой пневмонии. Препарат просто не успел подействовать. Гейл потом описывал это в американской печати.

П.А. А кому пришла мысль взять «цитостатических детей» в вашу клинику?

А.И. Мы с Мариной Бриллиант уже лечили острый лейкоз у детей. До нас его в Биофизике не было. Мы начали лечить еще на кафедре у Иосифа Абрамовича Кассирского. Фактически мы работали там и там, у меня на кафедре оставались аспиранты, например — Ромуальд Юргутис. Я потом с помощью В.И. Шахматова забрал детей в 6-ю больницу, и там была замечательная доктор, которая вместе с Мариной начала вылечивать детей от острого лейкоза. От острого лейкоза в начале семидесятых годов уже были излечения. В это время уже появилась схема лечения острого лейкоза, я уже съездил в Париж, где мне рассказали об этой схеме. А я, работая в Биофизике, рассказал про нее Кассирскому. При этом я не верил и говорил ему, что этого не может быть, потому что не может быть никогда.

П.А. А в Париж ты ездил по какой проблеме?

А.И. В Париж я ездил по радиационному вопросу. Это было для меня первая поездка по этому направлению. По-моему, до меня никто не ездил, эта тема была впервые в истории страны вывезена на открытое обсуждение с иностранцами. А французы проявляли к этому интерес, они к нам приезжали потом. Они организовали центр помощи при лучевой болезни в клинике Жоржа Мате — был такой французский гематолог. Но они биологической дозиметрии не знали, когда стали спасать облученных югославы. В Югославии была авария на атомном реакторе, и француз-

Продолжение на стр. 3 ↗

Начало на стр. 1, 2

зы лечили этих больных. Они делали пересадки костного мозга, и часть больных выжила. Они говорили: пересадка костного мозга была эффективна у югославов. Я попросил их: «Покажите мне лейкоцитарные кривые». Они, не подозревая подвоха, показали. Я им говорю: «Ребята, это доза 400 рад, они бы выжили и без трансплантации». Как-то очень быстро они убрали эти кривые. По моей просьбе дать кривые, они их мне не дали. А при дозе в 400 рад выживают, у нас ни одного смертельного случая не было: на 20-й день поднимается лейкоцитарная кривая, на 20-й день заканчивается абортивный лейкоцитоз. А потом, через неделю, полностью восстанавливается кроветворение. Если у тебя наметанный глаз, эти кривые читаются очень просто. Вообще мы, конечно, наголову были выше.

Я стал бы себе в актив это записывать, потому что это результат высокой аварийности. Действительно, у нас было много аварий. Про них вышла наша книга на немецком языке, написанная вместе с Гогиным Евгением Евгеньевичем. Как получилось, что книжка про Чернобыль не издана на русском языке. Денег не давали. Писали мы по-русски, но куда-то рукопись делась. Немцы издали. Книга есть на немецком, но ее нет на русском, это удивительное событие!

Острая лучевая болезнь в этой книге описана на примерах аварий на подводных лодках. Одна из них — первая, в 1961 г. — разрыв первичного контура, швы разошлись. Это была подводная лодка К-19. Образовалось облако пара и гамма излучение из него. В книге приведена фамилия героического лейтенанта — Борис Корчилов.

Капитаном подводной лодки был Николай Затеев. Была разработана схема заварки дефекта и проливки первого контура. Но кто-то должен был это сделать. Лейтенант Корчилов подошел к капитану и говорит: «Командир, надо заваривать трещину, я пойду». На подводной лодке разговор именно такой. Затеев говорит:

Сразу, как они вышли оттуда, началась неукротимая рвота. Это свидетельствовало о дозе существенно выше 3—4 тысяч рад. В результате все они погибли, но заварили дыру, и лодка была спасена.

«Ты понимаешь, на что идешь?» «Командир, я все понимаю, со мной пойдут вот эти ребята». Вот эти имена: Борис Рыжиков, Юрий Ордошкин, Евгений Кашенков, Семен Пеньков, Николай Савкин, Валерий Харитонов, капитан-лейтенант Юрий Повстьев руководил операцией.

Они взяли сварочный аппарат и заварили дырку из которой шел радиоактивный пар. Там нельзя было рассчитывать на защиту противогазом, потому что внешне гамма облучение из пара. Нельзя было даже себя свинцом защитить, там гамма-нейтронное облучение было.

Сразу, как они вышли оттуда, началась неукротимая рвота. Это свидетельствовало о дозе существенно выше 3—4 тысяч рад. В результате все они погибли, но заварили дыру, и лодка была спасена. Они находились в открытом море. Это было до меня, их не привозили в 6-ю больницу.

Все было засекречено. Этим ребятам нужно поставить памятники героев посмертно, как-то отметить их. Все-таки событие экстраординарное. Капитан корабля потом оставался командующим подводной лодкой, но другой. Затеев заговорил о том, что надо дать этим ребятам звезду Героя. Высокий руководитель ответил: «За аварию Героя Советского Союза не дают». Ну, кто знает, что действительно было сказано... 49 человек были награждены орденами и медалями, остальных поощрили грамотами министра обороны, командующего флотом и ценными подарками. Все награды оказались на ступень ниже, чем те, о которых ходатайствовал командир. Трех погибших моряков командир подавал на звание Героя Советского Союза, но их наградили Орденами Ленина и Красной звезды.

Пусть посмертно, пусть с опозданием надо дать им Героев... Если присвоили посмертно орден Героя Александру Печерскому, возглавившему восстание в Собибуре, можно присвоить звание Героев и этим ребятам. Надо говорить о том, что мы умеем благодарить героев.

Я ездил на другую аварию, на улицу Газа в Военно-морской госпиталь в Питере. Аварии было чисто технологическими, никто из команды не был виноват. Там мы впервые работали вместе с Евгением Евгеньевичем Гогиным, с тех пор мы на всех авариях были вместе.

П.А. Помню, ты рассказывал, как кто-то на аварии реактора заглядывал в луч.

А.И. Заглядывал в луч Харитон Юрий Борисович, это в самом начале атомной эры было. Но он быстро отскочил. У него ничего не было.

П.А. Такое впечатление, что некоторые серьезные ученые вели себя как малые дети. Прочитал у А.Д.Сахарова: только взорвали бомбу — и сразу поехали смотреть в эпицентр взрыва: что там произошло?

А.И. Так вообще там должны были быть маленькие дозы — в эпицентре после взрыва. Там ничего не оставалось, «доза» вся уходила во взрыв, вся радиация в облаке оставалась.

П.А. Сейчас много спекуляций насчет Тощкого полигона, мол, пропустили через эпицентр военнослужащих. Так там тоже никаких доз не оставалось после взрыва. А вот истории с детьми, получившими цитостатическое отравление...

А.И. Поскольку мы занимались детскими острыми лейкозами, нам привезли отравившихся цитостатиком миелосаном детей. Из маленького, богом забытого г. Щучина в

Белоруссии. Они нашли заброшенный аптечный склад, вскрыли банки со сладкими таблетками миелосана и поели их. А потом продавали по копейке таблетку, накормили цитостатиками всю школу. Но денег у детей было мало, они покупали всего 2—3 таблетки: это безопасно. Такое впечатление, что по городу ходили фактически заброшенные беспризорные дети. Их было 4 человека — тяжелых. Один умер очень быстро — большая доза миелосана была. Двое жили 2 месяца, и один выздоровел. У одного, когда уже должен был восстановиться костный мозг, случился остеомиелит на месте трепанобиопсии и он умер. А один мало съел, и мы его через неделю отпустили.

Выживший мальчик фактически стал моделью для отработки системы оказания длительной помощи при острой лучевой болезни. Программа лечения агранулоцитоза была впервые применена у него. То есть этот мальчик — своеобразное национальное достояние. Но он потом мог попасть в тюрьму, у него были неприятели с милицией. И мы вмешались через журналистку Известий Ирину Овчинникову, она помогла нам очень.

Это уже были семидесятые годы, я уже ушел обратно на кафедру — заведовать. Но позвонил А.И. Бурназян, сказал — не важно, что ушел, возвращайся в институт. И я вернулся в институт и работал с этими детьми.

Была авария, когда дети в Одессе в катакомбах достали радиоактивные источники. Но там не было лучевой болезни, там были пустяковые поражения кожи — только лучевые эритемы. Обком разрешил, там остановили телевизионные передачи и передали детям, что им ничего не будет и чтобы они вернули то, что они вытащили. И дети вернули.

После Чернобыля продолжали дозиметрию в Брянске: Николай Ривкинд, немножко, — в Гематологическом центре. Доз серьезных, дающих болезнь, не было: в основном до 100 рад. Впрочем, нашли довольно много человек с «горячими частицами», Елена Домрачева обнаружила «горячие частицы». Это маленькие частички плутония, безопасные для людей, потому что клетка, которая содержит их, погибает, у нее не может быть потомства. Она не может стать источником опухоли. Роста числа опухолей в общем после Чернобыля нет.

Я хорошо понимал, что речь идет о плутонии и что будет всячески секретить эту тему. Плутоний — свидетель возможного военного производства, его можно использовать для военных целей, а цезий не дает «горячих частиц» — цезий очень быстро разлагается — период полураспада всего 30 лет. У плутония период полураспада около 24 тысяч лет, но он дает нейтрон, который цепной реакцией запускает множественное поражение хромосом. Я это опубликовал в открытой печати, в газете «Московские новости». Мне тотчас устроили обструкцию в нашей академии, говоря, что мы приняли вирусные изменения в хромосомах за лучевые. Но это глупости: отличаются хромосомы с вирусной патологией — мы знаем это хорошо. Вообще весь этот секретный ажиотаж быстро заглох.

Мне очень трудно согласиться с тем легкомысленным отношением к острой лучевой болезни, которое сегодня имеет место в обществе — у нас, ни у нас — неважно. Дело в том, что гарантии, что кто-то не взорвет атомную бомбу быть не должно в нашем сознании, сознании врачей! Сейчас делают бомбу в Северной Корее, ранее — в Иране. Это наверняка будет сопровождаться несчастьями, авариями.

Мы должны взорвать бомбу на бумаге. Просчитать возможные потери в большом городе, в малом городе — это нехитро — и расписать порядок помощи. Когда мы слышим о жертвах взрывов на шахтах, говорить о том, что это несчастный случай — неправильно. Там были грубые нарушения технологии контроля за уровнем метана. Есть страны, где никогда не бывает взрывов метана. Конечно, контроль удорожает стоимость угля, и в этом есть главная причина аварийности. Но это другой вопрос. А с острой лучевой болезнью наша страна очень далеко продвинулась, знает ее лучше, чем кто-либо еще. Американцы имели меньше аварий, они дело знают хуже нас, но учить жить американцев я не буду.

Конечно, меня очень волнуют землетрясения: мы знаем, какие глупости могли бы быть при землетрясении в Армении, которых мы не допустили. Мы знаем, что были крупнейшие ошибки при оказании помощи на Сахалине. Помощь надо оказывать молниеносно. Если очаг удален от больших городов, надо использовать военную авиацию для доставки спасателей и врачей, мобильных модулей. Потому что не вытащили из-под завалов нетяжелого пострадавшего при морозе, да даже при плюсовых температурах — он замерзнет, умрет от переохлаждения. В сейсмоопасных зонах нужно хорошо знать, кто, где и как будет оказывать помощь. Также надо моделировать оказание помощи при взрывах. Не буду вспоминать очень болезненный вопрос потерь в Беслане. Ведь эвакуация во Владикавказ уже была ошибкой. Первая помощь, квалифицированная, а не «остановка кровотечения» должна быть оказана немедленно на месте. Эвакуация — это потеря времени, потери больных. Военные врачи это хорошо знают. Но мы плохо учимся на наших ошибках.

Когда мы слышим о жертвах взрывов на шахтах, говорить о том, что это несчастный случай — неправильно. Там были грубые нарушения технологии контроля за уровнем метана.

Конечно, меня очень волнуют землетрясения: мы знаем, какие глупости могли бы быть при землетрясении в Армении, которых мы не допустили. Мы знаем, что были крупнейшие ошибки при оказании помощи на Сахалине. Помощь надо оказывать молниеносно. Если очаг удален от больших городов, надо использовать военную авиацию для доставки спасателей и врачей, мобильных модулей. Потому что не вытащили из-под завалов нетяжелого пострадавшего при морозе, да даже при плюсовых температурах — он замерзнет, умрет от переохлаждения. В сейсмоопасных зонах нужно хорошо знать, кто, где и как будет оказывать помощь. Также надо моделировать оказание помощи при взрывах. Не буду вспоминать очень болезненный вопрос потерь в Беслане. Ведь эвакуация во Владикавказ уже была ошибкой. Первая помощь, квалифицированная, а не «остановка кровотечения» должна быть оказана немедленно на месте. Эвакуация — это потеря времени, потери больных. Военные врачи это хорошо знают. Но мы плохо учимся на наших ошибках.

ИнтерНьюс

Неандертальцы пользовались зубочистками

Ученые из Университета Йорка во главе с Анитой Радина изучили 13 скелетов неандертальцев, найденных в пещере Эль Сидрон в Испании. Возраст останков составлял около 49 тыс. лет. Они осмотрели зубы древних людей и исследовали обнаруженный на их поверхности зубной камень. Он был очень прочным, и за долгое время практически не был поврежден. В нем были обнаружены фрагменты пищи — изучая их, исследователи смогли сделать вывод о том, чем питались неандертальцы.

При изучении окаменевшего налета с поверхности зубов неандертальцев авторы обнаружили в нем не только частицы пищи, но и крошечные кусочки древесины. Предполагается, что это фрагменты зубочисток, которыми древние люди пользовались для того, чтобы достать застрявшую между зубами пищу.

Другие ученые уже обнаруживали фрагменты дерева между поврежденными зубами древних людей. Авторы исследования считают, что неандертальцы могли с помощью небольших палочек пытаться справиться с болевыми ощущениями при пульпите и других заболеваниях зубов.

МедПортал

«Скорая» будет спешить только в экстренных случаях: надежды питают умудренных мужей?

В Национальной медицинской палате разяснили, какие изменения ждут службу скорой помощи в стране с 1 июля. Самым важным из них эксперты называют обязательное соблюдение 20-минутного времени доезда бригады до пациента для оказания экстренной помощи. В прежнем приказе 20-минутный доезд требовался для выполнения всех вызовов.

Самое важное изменение в приказе о Порядке оказания скорой медицинской помощи № 388н — это конкретизация сроков доезда до пациента. В прежней редакции шла речь только о том, что станции скорой помощи должны располагаться в 20-минутной транспортной доступности, — рассказал «Доктору Питеру» главный врач Городской скорой медицинской помощи Алексей Бойков. — Для многих регионов выполнение этой задачи было нереальным, особенно для тех, где нет автодорог. У них появилась возможность обоснованно скорректировать время доезда бригад скорой помощи с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов. Для нашего города 20-минутный доезд тоже бывает сложно осуществимым — проехать через плотный ряд автомобилей «скорой помощи» просто не дают. То есть для нас важно, чтобы были ужесточены наказания для тех, кто не пропускает машины «скорой помощи» с включенным спецсигналом.

В Нацмедпалате напомнили, что с 1 июля, когда поправки в 388-й приказ вступят в силу, на линию смогут выезжать бригады с «узкими» специалистами — несмотря на то, что специализированными в системе скорой помощи остались только психиатрические и реанимационно-анестезиологические бригады, появилась возможность формировать консультативные врачебные бригады. Значит, если врачи, кроме специальности «скорая медицинская помощь» и «реанимация и анестезиология» имеют дополнительные узкие специализации, например, по неврологии, в регионе имеют право формировать так называемые консультативные бригады, специализированные на неврологии и т. д.

Врачебные бригады теперь могут состоять не только из одного врача и одного фельдшера, а из врача и двух фельдшеров или из врача, фельдшера и медсестры — должность медсестры, вычеркнутая из приказа Минздрава? 388-н, вернули. Специалисты надеются, что это привлечет в службу скорой помощи студентов медицинских вузов, имеющих право работать в качестве среднего медперсонала. Прежде отсутствие этой возможности стало одной из причин того, что в службу практически перестали приходить выпускники медвузов. В то же время из обновленного порядка исключены несуществующие в природе санитары-водители и фельдшеры-водители, которые были обязаны иметь среднее медицинское образование по специальности «фельдшер» плюс стаж работы водителем не менее трех лет (и не водительские права, а запись в трудовой книжке).

Доктор Питер

ИнтерНьюс

Парализованный мужчина смог управлять рукой с помощью имплантированного в мозг чипа

Ян Букхарт (Jan Burkhart) потерял подвижность шесть лет назад в результате автокатастрофы. Сейчас ему 24 и до недавнего времени он не был способен шевелить руками и ногами.

Исследователи из Университета штата Огайо внедрили в головной мозг пациента специальный чип, способный регистрировать активность нейронов двигательной коры. Сигналы анализируются компьютером и передаются на специальный рукав, снабженный 130 электродами, необходимый для стимуляции мышечных сокращений.

Для того чтобы научиться управлять рукой с помощью компьютерной программы, Ян много тренировался — он отмечает, что это было довольно мучительно. Сейчас же он способен брать предметы и класть их на место, переливать содержимое одной емкости в другую, проводить оплату с помощью банковской карты и даже играть на виртуальной гитаре. Он успешно осваивает новые движения и надеется, что в будущем сможет вновь пользоваться обеими руками.

Али Резай и его коллеги надеются, что разработанная ими технология с использованием имплантируемого в головной мозг чипа, поможет вернуть подвижность миллионам парализованных людей.

Впрочем, авторы подчеркивают, что их разработка далека от совершенства. Для установки чипа требуется хирургическая операция, а соединение обеспечивает множество проводов. Кроме того, движения Яна пока довольно неестественны. Они надеются улучшить технологию, ведь сейчас чип регистрирует активность лишь нескольких сотен нейронов из миллионов, присутствующих в двигательной коре.

МедПортал

Американцы создали портативный фармацевтический завод размером с холодильник

Американские ученые изобрели компактную модульную установку для непрерывного автоматического производства лекарственных препаратов. Устройство размером с домашний холодильник позволяет получать готовые препараты стабильнее и быстрее, чем традиционное производство крупными партиями, сообщает журнал Science.

Современный цикл производства лекарств подразумевает закупку сделанных различными компаниями субстанций, синтез из них действующего вещества на заводе фармпроизводителя, смешивание его с неактивной основой и расфасовку (чаще на другом предприятии). Весь процесс занимает до года и зависит от бесперебойных поставок на всех стадиях.

Сотрудники Массачусетского технологического университета разработали устройство, которое позволяет производить сотни и тысячи доз препаратов в день в потоковом режиме. Оно состоит из емкостей с реагентами, насосов, модулей синтеза (с реакторами из перфторалкоксиланов и мембранными сепараторами), преципитации, кристаллизации, фильтрации и дозирования. В процессе синтеза и очистки вещества непрерывно движутся по системе трубок, так что производство идет в непрерывном режиме.

Прибор можно сконфигурировать для синтеза практически любых лекарств (кроме высокомолекулярных биопрепаратов). В демонстрационном эксперименте ученые успешно синтезировали с его помощью антигистаминный и седативный препарат дифенгидрамин, местный анестетик и антиаритмик лидокаин, анксиолитик диазепам и антидепрессант флуоксетин, соответствующие требованиям фармакопеи США.

В зависимости от действующего вещества суточный выход составил от сотен до тысяч доз раствора лекарства (модуль производства таблеток находится в стадии разработки, изучается возможность применения для этих целей 3D-печати). Смена модулей и промывка систем очистки и дозирования для производства другого препарата занимает менее четырех часов.

По мнению разработчиков, их устройство может найти применение в районах военных действий (кстати, разработку профинансировало управление перспективных исследований американского Минобороны DARPA), отдаленных регионах, очагах эпидемии и специализированных лечебных учреждениях, нуждающихся в больших количествах отдельных препаратов. Кроме того, портативный фармацевтический завод может помочь в решении проблемы со снабжением орфанными препаратами для лечения редких заболеваний (задействовать под них крупные производственные мощности невыгодно, поэтому такие лекарства крайне дороги и дефицитны).

Интерфакс

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 2 февраля 2015 г.

Председатель: Яковенко Э.П., академик РАЕН, проф., д.м.н., заведующая кафедрой гастроэнтерологии ФУВ РГМУ
Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: 1. Краснова Л.С., к.м.н., доцент кафедры гематологии и гериатрии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

«Новые подходы к терапии железодефицитной анемии — ЖДА»

Распространенность ЖДА достаточно высокая, особенно за счет латентного, скрытого дефицита железа, когда снижение ферритина в дальнейшем переходит в дефицит железа. Цифры в основном обусловлены голодающими странами. В развитых странах этот контингент представлен женщинами репродуктивного возраста и детьми. Основная причина ЖДА — несоответствие объемов поступления железа в организм и его потерь. Железо в организме находится не в замкнутом балансе. Все потери компенсируются за счет потребления с пищей. При этом всасывается только 5—10% поступающего с пищей железа. Высвобождается в процессе физиологического гемолиза железо тратится на построение новых клеток.

Одной из наиболее частых причин потери железа являются различные виды кровотечений, в том числе десневые, желудочно-кишечные, геморроидальные и особенно — меноррагии. Диагноз «хроническая железодефицитная анемия» является в корне неправильным. Возможно так называемое накопление дефицита железа в поколениях, что ни в коем случае не следует относить к индивидуальной норме.

Нарушение всасывания железа тоже вызывает ЖДА. В условиях хронического диализа и применения эритропоэтина происходит усиленное потребление железа при активации эритропоэза. Донорство крови и длительный прием антицидов, НПВС, тетрациклинов также приводит к ЖДА.

Одной из наиболее удобных классификаций анемий для клинициста является деление на гипо-, нормо- и гиперхромные анемии. При диагностике ЖДА, после выявления собственно анемического синдрома, следует подтвердить железодефицитный характер анемии и осуществить поиск причины заболевания, лежащего в основе дефицита у данного больного.

Важным моментом является оценка числа ретикулоцитов, исходная и на 5—6-й день — для оценки ретикулоцитарного криза, являющимся обязательным показателем эффективности лечения. Существует Протокол ведения больных ЖДА, согласно приказу № 169, утвержденному Минздравом РФ от 30.06.2004 года. Имеется государственный стандарт РФ, ГОСТ Р 52600.4—2008 (дата введения в действие: 01.01.2010), Формулярный комитет РАМН утвердил его 1 мая 2010 г. Протоколом рекомендуется назначение препаратов в лечебной дозе 200 мг Fe⁺⁺ в сутки до нормализации уровня гемоглобина (выше 120 г/л) и в профилактической дозе 100 мг в сутки еще на 1—2 месяца, в зависимости от причины ЖДА.

Высокий терапевтический уровень железа подразумевает, что одной диетой скорректировать дефицит железа не удастся. Выделяют препараты двух- и трехвалентного железа, соли и комплексы соответственно. Новым подходом является применение липосомального железа, являющийся продуктом лечебно-профилактического питания. Благодаря тому, что железо не контактирует со слизистой оболочкой кишечника, отсутствуют его побочные эффекты и ограничения применения (такие как язвенная болезнь и состояние после резекции желудка). Исходно препарат не является валентным, а после высвобождения превращается в пиррофосфат, то есть трехвалентное железо.

Яковенко Э.П.: Какую альтернативу вы предлагаете для формулировки диагноза вместо хронической ЖДА?

Краснова Л.С.: Обычная ЖДА.

Воробьев П.А.: Анемия хронических заболеваний — не диагноз, а проявление какого-либо заболевания. К примеру, при болезни Крона — патогенез более сложный, чем просто потеря крови. У таких пациентов наличие хронического воспаления блокирует гемопоэз, то есть имеет место анемия хронических заболеваний, которая лечится с использованием эритропоэтина в сочетании с препаратами железа.

В ответ на вопрос из зала о том, как быстро наступит эффект от применения липосомального препарата, **П.А. Воробьев** ответил, что, несмотря на то что само по себе трехвалентное железо дает прирост гемоглобина спустя 1,5—2 месяца после приема, а двухвалентное — в течение месяца, у данного препарата эффект наступит раньше за счет того, что железо уходит из ЖКТ сразу, минуя сложный путь метаболизма.

Яковенко Э.П., по ее собственным словам, являющаяся рыным противником пероральных препаратов железа, так как при контакте железа с любой клеткой запускается механизм перекисного окисления липидов, высоко оценила концепцию липосомального препарата, поскольку, проникая в лимфоток через стенку кишки и оттуда в систему портальной вены, препарат оказывается сравним по эффективности с парентеральным. В этой ситуации остается принципиальным вопрос цены, приблизительно составляющей 700 рублей за 20-дневный курс, сравнимо с классическими препаратами железа.

Воробьев П.А. высказал крайнюю заинтересованность в отношении этого препарата. Все препараты железа относятся к рецептурным. Употребление ребенком дозировки, адекватной для взрослого человека, способна привести к летальному исходу, так как моментально происходит некроз клеток ЖКТ. Упомянули препарат Сорбифер, травмирующее действие которого оказывается несколько ниже благодаря снижению пика его высвобождения. Сидерал форте по опыту присутствующих в зале хорошо показал себя в практике у беременных женщин. Отмечено понижение эффекта

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

препаратов железа во время еды, так как многие продукты питания снижают всасывание железа. По мнению **П.А. Воробьева**, обсуждаемый препарат можно считать четвертой революцией в лечении ЖДА. Первой можно считать препарат Фероплекс, до которого были только конфеты «гематоген», вторая революция случилась, когда выяснилось, что работает трехвалентное железо, третья — в тот момент, когда препараты железа согласились вводить внутривенно, а четвертая происходит сейчас, когда предложили не лечить, а питаться железом. Имеются и другие липосомальные препараты, в том числе противогрибковые и цитостатики, показывающие высокую эффективность.

Доклад: 2. Вялов С.С., к.м.н, гастроэнтеролог-гепатолог Европейского медицинского центра, Москва

«Эзофагеальный синдром: подходы к диагностике и лечению»

Проблема эзофагеального синдрома достаточно актуальна в силу своей широкой распространенности. Стертость клинической картины зачастую обусловлена близким расположением соседних органов. Под эзофагеальным синдромом принято понимать симптомокомплекс, развивающийся при повреждении пищевода различной этиологии, сопровождающийся дисфагией и диспепсией. Важным диагностическим критерием является частота проявления симптомов. Согласно эпидемиологическому критерию Клиники Мэйо, если жалобы возникают не чаще 1 раза в месяц, симптомы считаются редкими, 1 раз в неделю и ежедневные — частые симптомы, являющиеся эквивалентом эзофагеального синдрома. Причинами развития эзофагеального синдрома могут быть различные механические и функциональные нарушения. Крайне важно проведение гастроскопии, являющейся незаменимым методом в диагностике заболеваний пищевода, при котором также возможно при необходимости осуществить забор материала для морфологического исследования. Наиболее часто выявляется эзофагит. При ремиссии эзофагита назначаются антациды в сочетании с прокинетики, в стадии обострения лечение начинают с ингибиторов протонной помпы, длительность терапии составляет 4—8 недель. При эрозивном эзофагите курс занимает 8—12 недель, дозировки препаратов повышаются, также оправдано использование гастро- и цитопротекторов. Возможно также применение препаратов урсодиоксиголевой кислоты для восстановления качества желчи и предупреждения развития дуоденогастрального рефлюкса. Угрожающими состояниями являются пищевод Баррета и аденокарцинома пищевода. Для профилактики и лечения важным является коррекция образа жизни, используются факторы, в совокупности снижающие внутрибрюшное давление и воздействие на нижний пищеводный сфинктер, снижение желудочной секреции. Хорошо показал себя в практике прокинетики Итоприд. При этом популярный недавно препарат Домперидон в настоящее время ассоциирован с риском развития аритмии в связи с удлинением интервала QT.

Яковенко Э.П.: Для нормального функционирования желудочно-кишечного тракта нужно соблюдать естественный градиент давления. В дистальных отделах ЖКТ оно должно быть ниже, чем в начальных. К примеру, горечь во рту всегда свидетельствует о повышении давления двенадцатиперстной кишки. Двенадцатиперстная кишка в норме стерильна. Появление микрофлоры вызывает повышение давления. Для лечения этих состояний нужно использовать кишечные антисептики. К слову, применение пробиотиков может провоцировать те же нежелательные эффекты в кишке. Также оправдано применение антацидов и прокинетики.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 16 февраля 2015 г.

Председатель: Лоран О.Б., д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Заслуженный деятель науки РФ

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: 1. Перепанова Т.С., д.м.н. проф. ФГБУ НИИ Урологии МЗРФ, Москва

«Национальные рекомендации по лечению неосложненных инфекций нижних мочевых путей»

Лоран Олег Борисович в начале заседания поблагодарил руководителя высшей школы П.А. Воробьева за предоставленную возможность вновь оказаться перед аудиторией общества терапевтов и вспомнил, как первый раз это произошло в другой аудитории, в Первом Московском медицинском институте 20 лет назад. А.И. Воробьев приглашал его выступить с докладом о лечении инфекций мочевыводящих путей. Проблема антибиотикорезистентности является в своем роде проблемой национальной безопасности. Бытует даже фраза «микробы победили человека».

К неосложненным инфекциям мочевых путей (ИМНП) относят острый цистит, острый восходящий пиелонефрит, протекающие при отсутствии obstructивных уротатий и структурных изменений в почках и мочевыводящих путях, без тяжелых сопутствующих заболеваний, то есть у практически здоровых женщин. Эти инфекции широко распространены в мире, очень затратны, имеют высокий уровень рецидивов. Из кишечного резервуара происходит колонизация влагалища и периуретры E.coli. Далее происходит восхождение по уретре, что дает воспалительный ответ. Существует ряд факторов, predisposing к развитию ИМНП у женщин: анатомо-физиологические особенности уретры (близость к естественным резервуарам инфекции — анус, влагалище, короткая уретра), «вагинализация уретры», нарушение уродинамики НМП (органические или функциональ-

Продолжение на стр. 5

Начало на стр. 4

ные), гинекологические заболевания, приводящие к дисбиозу и атрофии, генетическая предрасположенность и неадекватная реакция слизистой оболочки мочевого пузыря. У мужчин неосложненные инфекции нижних мочевых путей встречаются гораздо реже. К факторам риска развития ИМП относят половой акт, применение спермицидов, ранний возраст начала ИМП, наличие ИМП у матери, рецидивы ИМП, сахарный диабет и недержание мочи в постменопаузе. В 40% причинами обращения к врачу становятся болевые ощущения и дизурия. *E.coli* обладает способностью к адгезии. Со стороны макроорганизма предрасполагающими факторами могут быть снижение потока, pH мочи, низкие концентрации мочевины и осмолярности, а также снижение иммунитета (в т.ч. IgA, фагоцитоза). Цель лечения острого цистита — эрадикация возбудителей, рецидивирующего цистита — увеличение безрецидивного периода. Антибиотик для лечения НИМП должен соответствовать следующим требованиям: иметь соответствующий спектр и чувствительность уропатогенов, эффективность в клинических исследованиях, хорошую переносимость, минимально возможное количество нежелательных побочных действий, приемлемую стоимость и доступность. Кроме того, препарат должен давать необходимую высокую концентрацию в моче, минимальные побочные действия на микрофлору кишечника и влагалища. Следует избегать антибиотиков с плохим всасыванием из кишечника (ампициллин, тетрациклин), приводящих к дисбиозу. Антибиотик не должен вызывать селекцию резистентных микроорганизмов. Терапия НИМП в основном эмпирическая. В настоящий момент резистентность отсутствует только к Нитрофурану и Фосфомицину. Микроорганизмы вырабатывают бета-лактамазы расширенного спектра действия, которые лизируют все цефалоспорины, бисептол, фторхинолоны, тетрациклин и гентамицин за счет коллатерального эффекта. Для эмпирической терапии НИМП рекомендованы препараты, которые используют только для лечения мочевого цистита. Антимикробные препараты, которые широко используют по другим показаниям, должны быть ограничены или исключены. В России одобренными препаратами, отвечающими всем означенным требованиям, являются Фосфомицина трометамол (Монурал) и Нитрофураны (Фурамаг). Альтернативными препаратами являются Фторхинолоны, амоксициллин/клавуланат и т.д. Скрининг и лечение асимптоматической бактериурии не рекомендован у небеременных женщин, женщин в пре- и постменопаузе, женщин с сахарным диабетом, здоровых мужчин, пожилых, живущих в домах престарелых, госпитализированных пожилых пациентов, пациентов с повреждением спинного мозга, пациентов с постоянным мочевым катетером, нефростомой или стентами, а также у пациентов с кандидурией. Группы пациентов, которым рекомендованы скрининг и лечение асимптоматической бактериурии — это беременные женщины и пациенты, которым предстоит инвазивное вмешательство на мочевых путях и половых органах, когда возможны кровотечение и повреждение слизистой оболочки. Рецидивирующий цистит подразумевает наличие 2 эпизодов за 6 месяцев или 3 эпизода за год. Основной целью лечения этих пациентов является улучшение качества жизни. Помимо коррекции образа жизни, рекомендовано также применение антимикробной терапии — в длительных субингибирующих дозах (что одобрено в мировой практике, но вызывает сомнения в отношении селекции резистентных штаммов), посткоитальной (в случае, если имеется связь с половым актом), интермиттирующие курсы самолечения. Имеет место также неантимикробная профилактика: местное применение эстрогенов у женщин в постменопаузе, фитопрепараты (Канефрон), препараты клюквы (проантоцианидины, Монурель), пробиотики (уро-Ваксом) и иммунопрофилактика.

Доклад: 2. Сняжкова Л.А., д.м.н. проф. кафедры урологии и оперативной андрологии РМАПО, Москва

«Острый рецидивирующий цистит. Разбор клинических случаев»

Инфекции нижних мочевых путей должен лечить уролог, так как симптомы цистита могут сопровождаться макрогематурией при раке мочевого пузыря, интерстициальный цистит, а также ряде других заболеваний, последствия которых могут быть более грозными. Следует исключить вирусные инфекции, инфекции, передающиеся половым путем, дисбиозы влагалища, нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. На практике к урологу попадают до 15% пациентов. Известно, что результаты лечения оказываются лучше у пациентов, принимавших антибиотики при возникновении первого эпизода острого цистита. Основным возбудителем остается кишечная палочка, но доля ее в структуре общей заболеваемости снизилась почти на 10%. При лечении впервые возникшего эпизода получение данных анализа мочи обязательно, но лечение необходимо начать сразу. При отсутствии факторов риска длительность лечения должна составлять 1—5 дней, при наличии их — 7 дней. Повторный осмотр необходимо провести через 3 дня и 1—2 недели. Если отмечается выздоровление, обследование и дальнейшее лечение не нужны, при неэффективности и возникновении частых рецидивов следует проводить урологическое обследование. При редко возникающих рецидивах — проводить профилактику. СЛА тоже подчеркнула опасность развития антибиотикорезистентности. При выборе антибиотического препарата для лечения рецидивирующей инфекции следует учесть, какой препарат назначался ранее и назначить специфическую терапию

исходя из полученных данных посева мочи. Препараты должны назначаться полным курсом и иметь бактерицидное, а не бактериостатическое действие. В конце доклада были предложены ситуационные задачи, на примере которых акцентировала внимание на необходимости индивидуального подхода в каждом отдельном случае. Антибиотики, безусловно, не идеальные препараты, но препаратов, способных заменить их в лечении ИМП, на данный момент не существует.

В ходе обсуждения, последовавшего за докладом, Воробьев П.А. выступил против пропаганды эстрогенов, имеющих в данном случае уровень доказательности С, то есть эффективность, не доказанную клиническими исследованиями. Уровень С не должен быть использован в отношении таких серьезных препаратов, как гормональные средства. Также он отметил, что упомянутый Монурель является не лекарственным средством, а биологической добавкой, то есть не проходил клинических испытаний. Указанные в инструкции противопоказания также значимой достоверности не имеют.

Лоран О.Б. согласился, что вопрос заместительной гормональной терапии как у мужчин, так и у женщин является весьма спорным. При этом имеется достаточно много исследований, подтверждающих положительное влияние эстрогенов на местный иммунитет. Проблемой в нашей стране является низкая приверженность пациентов назначаемому лечению, по данным исследований, меньше 1/3 выполняют рекомендации лечащего врача. Настораживают масштабы, которые приобретает антибиотикорезистентность. Она все чаще обнаруживается в отношении тех препаратов, которые мы считали препаратами резерва. Из Российских рекомендаций в настоящий момент исключена посткоитальная профилактика. Как отмечалось ранее, субклинические дозы приводят к селекции резистентных штаммов. Как бы то ни было, в наших непростых реалиях только совместная слаженная работа специалистов разных направлений позволит справиться с имеющимися трудностями и улучшить общее положение дел.

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГОТ
25 мая 2015 г.**

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: 1. Каратеев Андрей Евгеньевич, профессор, НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

«Таргетная терапия боли»

Боль — это не просто неприятный симптом с точки зрения современной медицины, а это серьезная угроза жизни. Хроническая боль тянет за собой массу проблем: это депрессия, нарушение сна, иммунные нарушения, выброс катехоламинов, повышение риска тромбозов, что суммируется повышением кардиоваскулярного риска. С болью нужно бороться и достаточно активно. Неважно, что у пациента боль связана с ревматической патологией мягких тканей, боль в спине или боль, связанная с остеоартрозом. Боль развивается всегда по одному и тем же законам. На первом месте воспаление, даже если мы его не видим. Конечно, при неспецифической боли в спине или остеоартрозе не повышается ни РОЭ, ни ЦРБ, но тем не менее мы знаем, что в самой синовиальной оболочке всегда присутствует глеющее воспаление. Если мы говорим про другие механизмы, то это мышечный спазм, потому что пораженный орган формирует мышечный корсет и это добавляет страданий, ведь когда мышцы спазмируются, нарушается нервная стимуляция. Прежде чем пострадает сустав или позвоночник, должны пострадать окружающие его связки, которые его стабилизируют, и воспаление в области прикрепления связок к надкостнице, хрящу имеет очень большое значение. Пораженный орган не может работать так, как он работал раньше, и привычная нагрузка становится для него чрезмерной, она вызывает дальнейшие повреждения. Болевая система тоже орган, и когда она долго работает, она начинает меняться.

Если боль многофакторная, хирург может заменить сустав, стабилизировать позвонок, но он не может поменять мышцы, связки, в конце концов, голову пациента. Поэтому работа терапевта нужна всегда. Понимая, что боль многофакторная, каждый элемент патогенеза боли мы воспринимаем как рычаг воздействия, как мишень для фармакотерапии. Если мы говорим о воспалении, то используем противовоспалительную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты, гормоны, хондропротекторы, генно-инженерные биологические препараты. При мышечном спазме используем миорелаксанты.

Мы не беремся про НПВП, потому что это первое, за что мы беремся, когда начинаем лечить боль, которая связана с возбуждением периферических болевых рецепторов. Нет такой отрасли медицины, где есть боль, но нет НПВП. Это боль в спине, травмы, головная боль, мигрень, ревматические заболевания, хирургическая практика. Но насколько НПВП эффективно?! Было проведено 12-недельное исследование при остеоартрозе. Использовались самые разные НПВП: этиорикоксид, целекоксиб, напроксен и ибупрофен. В исследовании принимало участие 3554 человек. Если пациент получает 3 месяца НПВП каждый день, примерно у 45% пациентов отмечается 50% улучшение. Плацебо дает эффект у 20—30% больных. НПВП — это удобно, доступно и эффективно, но это и серьезные осложнения. НПВП могут вызывать серьезные осложнения как со стороны желудочно-кишечного тракта, так и со сто-

роны сердечно-сосудистой системы. Данные осложнения возникают у людей, которые имеют факторы риска: язвенный анамнез, лекарства, влияющие на свертывание крови, пожилой возраст, комбинации НПВП. В отношении кардиоваскулярного риска все тоже самое. Осложнения имеют пациенты с ИБС, перенесенным инфарктом, инсультом, сахарным диабетом и артериальной гипертензией.

Воробьев П.А.: Парацетамол обычно используется кратковременно для лечения температуры в отличие от всех других препаратов, которые используются длительно. Трансплантация печени является результатом короткого токсического действия препарата парацетамола?

Ответ: Наверное, это так. Насчет длительности сказать однозначно нельзя, дело в том, что парацетамол входит в стандарты лечения остеоартроза и во всем мире широко используется для лечения остеоартроза и боли в спине. Проблема в том, что дозировка парацетамола, которая используется для купирования боли в спине, может быть очень большой. Я видел американские работы, которые показали, что для лечения боли в Америке каждый пятый больной использует парацетамол больше, чем 4 гр/сут, что явно запрещено. Поэтому в Америке по статистике сто тысяч эпизодов тяжелого поражения печени в год, связанного с парацетамолом. Парацетамол достаточно токсичный препарат, у него есть прямое гепатоксическое действие, в отличие от НПВП.

Вопрос: Как Вы относитесь к гиалуроновой кислоте?
Ответ: Хорошо отношусь. Это хорошее средство, но не нужно ожидать от него что-то волшебного, ведь есть места в мире, допустим Америка, где ревматологи считают, что гиалуроновая кислота не помогает. Потому что есть большие исследования, которые показывают, что разницы между введением гиалуроновой кислоты и физиологического раствора не было.

Доклад: 2. Цурко В.В., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

«Остеоартроз:

акцент на микрокристаллическую артропатию»

Остеоартроз — это собирательная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц. Если раньше считалось, что остеоартроз — это патология хряща, то сейчас такое же внимание уделяют поражению костной ткани. Хрящ подвергается разволокнению и деструкции, вплоть до обнажения субхондральной кости и ее изменениям. Эти изменения можно определить косвенно рентгенологически и визуально при артроскопии.

Распространенность остеоартроза в мире достаточно высокая. В России больные с остеоартрозом составляют около 14 миллионов человек. Установленная распространенность в России превысила данные официальной статистики МЗ России почти в 3 раза.

Рассмотрим группу болезней с близкой патогенетической основой. Например, это остеоартроз суставов нижних конечностей в сочетании с хронической болезнью вен или остеоартроз с депонированием кристаллов пирофосфата кальция. Основной возраст остеоартроза с депонированием кристаллов пирофосфата кальция составляет 40—79 лет. В структуре клинической картины рассматривают в основном 2 формы: острый артрит с кристаллами ПФК и хронический артрит с кристаллами ПФК. Острый артрит с кристаллами ПФК — это моноартрит коленного и лучезапястного сустава. Типичное развитие на фоне острых интеркуррентных болезней. Во время повторных приступов поражается тот сустав, с которого болезнь началась. Существует возможность малых атак, включающую резкую кратковременную боль (2—3 часа) без отека сустава, боль регрессирует самостоятельно. Мочевая кислота крови — в пределах нормы. Хронический артрит с кристаллами ПФК — это самая частая клиническая форма (до 50%). Поражаются коленный, тазобедренный, лучезапястный, плечевой, локтевой и другие суставы. Это умеренный механический тип боли и стойкий синовит. При рентгенографии чаще ставят хондрокальциноз или кальциноз синовиальной оболочки, капсулы и прилежащих сухожилий. Развиваются крупные субхондральные кисты, изолированное или преимущественное поражение пателло-фemorального, радио-карпального, пяточно-таранно-ладьевидного сочленения.

Инструментальным методом исследования предается большое значение. Рентгенологически выявляемый хондрокальциноз подтверждает диагноз депонирования кристаллов ПФК, но отсутствие его не исключает диагноз депонирования кристаллов ПФК. При УЗИ может визуализироваться депонирование кристаллов ПФК, обычно в виде гиперэхогенной полоски внутри гиалинового хряща и гиперэхогенных включений в фиброзной части хряща. Чувствительность и специфичность УЗИ высоки и, возможно, превосходят рентгенографию.

Для острого артрита с кристаллами ПФК оптимальным и безопасным лечением является покой, холод, аспирация суставной жидкости и внутрисуставное введение пролонгированных ГК. Терапия острого артрита включает перорально НПВП, при показании на фоне гастропротективной терапии низкие дозы колхицина (0,5 мг 3—4 раза в сутки с или без начальной дозы в 1 мг) эффективны, но их использование ограничено токсичностью и полиморбидностью, особенно у пожилых. При хроническом воспалительном артрите терапия состоит из приема НПВП, колхицина (0,5—1 мг в день), низких доз ГК, метотрексата и гидроксихлорохина.

ИнтерНьюс

Маслом не испортишь

Американские ученые опровергли миф о том, что отказ от сливочного масла в пользу растительного уменьшит риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Они пересмотрели данные масштабного эксперимента и пришли к выводу, что растительные масла могут снизить уровень холестерина, но не могут повлиять на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и продолжительность жизни.

Многие предыдущие исследования связали употребление растительного масла, богатого полиненасыщенными жирами, а также орехов и семян с более низким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. На основе этих исследований обычно рекомендуют заменить животные жиры, содержащиеся в сливочном масле, сливках, сале на растительные — масла из кукурузы, сои, рапса и оливок. Американские ученые пересмотрели данные эксперимента с участием более 9400 человек и опровергли ранние представления о вреде сливочного масла.

Команда доктора Кристофера Рамсдена (Christopher Ramsden) Национального института здоровья и Университета Северной Каролины обнаружила, что более низкий уровень холестерина из-за замены насыщенных жиров на растительные не приводит к повышенной выживаемости. «На самом деле, среди участников с наиболее низким уровнем холестерина риск смерти был даже выше, а не ниже», — сказал ведущий автор исследования Кристофер Рамсден.

Исследователи изучили данные американцев в возрасте 20—97 лет — жителей одного дома престарелых и пациентов шести психиатрических больниц в штате Миннесота. Всех участников случайным образом разделили на две группы — одни питались едой, приготовленной со сливочным маслом или маргарином, другие — соблюдали диету, заменяя насыщенные жиры на кукурузное масло или маргарин из кукурузного масла. Оказалось, что после начала диеты уровень холестерина в крови участников падал почти на 14%. Между тем, ученые обнаружили интересный факт — проанализировав доступные в 2015 году результаты вскрытий, они увидели, что риск смерти у этих людей был выше. Кроме того, выяснилось, что диета с использованием растительного масла не была связана с пониженным риском развития атеросклероза.

По словам ученых, полученные данные говорят о том, что сливочное масло и растительные масла, богатые линолевой кислотой (кукурузное, соевое, кедровое, подсолнечное, из виноградных косточек), не сильно отличаются по своему влиянию на здоровье сосудов. Поэтому важно питаться сбалансированно.

— Люди должны сосредоточить внимание на рекомендациях, которые не вызывают сомнений: избегать транс-жиров, сахара, есть разнообразную пищу — овощи, фрукты, цельное зерно, морепродукты, постное мясо, яйца, бобовые, орехи, семена и соевые продукты, — сказал исследователь общественного здравоохранения в Университете штата Квинсленд в Австралии Леннерт Веерман

Ученые считают, что надо провести дополнительное исследование, чтобы сравнить влияние насыщенных жиров не только с линолевой кислотой, но и другими полиненасыщенными жирами.

Доктор Путер

В Пряжском районе Республики Карелия стартовал проект MeDiCase по внедрению телемедицинских услуг в отдаленных населенных пунктах.

Наша многолетняя экспедиция «За справедливое здравоохранение» продолжает бороздить просторы России, заглядывая в отдаленные ее уголки. Два дня пилоты автопробега — команда Московского терапевтического общества — провели в Пряжском районе Карелии. Здесь началось внедрение проекта по оказанию телемедицинских услуг в селах с привлечением представителей домовых хозяйств.

МГНОТ помогает старикам в отдаленных поселках

В Пряжской ЦРБ было организовано обучение парамедиков из домовых хозяйств отдаленных поселков навыкам обращения с приборами и программным обеспечением, входящим в состав MeDiCase. Основные элементы кейса — это смартфон с установленным на нем программным продуктом и приборы для фиксации биометрических параметров: АД, сахар крови, пульсоксиметрия, температура тела. Прототип кейса был разработан экспертами МГНОТ в 2014—2015 годах, он прошел предварительные успешные испытания в поселке Шолтозеро Республики Карелия.

Программный продукт позволяет провести профилактический опрос населения с целью формирования 40 предварительных заключений о состоянии здоровья, оценить социальный статус человека и качество его жизни (согласно опроснику EQ-5D). С помощью специальных дистракторов (вопросов «обманок») можно выявить, насколько человек правдив, скрывает ли он или, наоборот, приписывает себе дополнительные жалобы.

Программа автоматически формирует рекомендации по маршрутизации пациента. Вся полученная информация пересылается в Консультативно-аналитический локальный центр (КАЛЦ), находящийся в Пряжской центральной районной больнице. Врач анализирует жалобы и биометрические параметры, заключения и рекомендации, сформированные программой, и принимает решение по дальнейшим действиям с пациентом.

Парамедики — представители домовых хозяйств, люди разные. Среди прошедших обучение была 69-летняя женщина страдающая болезнью Паркинсона, которая, тем не менее, смогла самостоятельно выполнить весь объем работы с MeDiCase.

Второй день был посвящен посещению отдаленных поселков. В Велдозеро парамедик провела самостоятельно весь опрос, измерение биометрических параметров и отослала полученную информацию в КАЛЦ. Вся работа заняла у нее 15 минут. В Кинелахте, в которой живет всего 170 человек, парамедик также самостоятельно провела предварительное обследование, однако это заняло у нее около получаса. Надо отметить,

что вторая пациентка имела большое количество заболеваний, таких как перенесенный инфаркт миокарда, сахарный диабет, гипертония, ХОБЛ, нарушения проходимости сосудов нижних конечностей, катаракта. В связи с этим количество уточняющих вопросов оказалось достаточно большим. Проблемой в Кинелахте оказалась и отправка информации, так как в ясную погоду сеть работает около магазина, а в дождливую — нужно идти на другой край поселка, где можно поймать сеть. Нужно подумать, как решить эту задачу.

Результаты нашей двухдневной работы были обсуждены в Минздравсоцразвития республики Карелия с заместителем министра Ольгой Сергеевной Копишиловой. Проект будет продолжаться в течение ближайших двух месяцев, планируется осмотр до 1000 жителей отдаленных деревень, после чего будут подведены итоги его результативности, сформулированы новые предложения по дальнейшему развитию.

Данный проект стал возможен благодаря патронажу Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко. Фонд занимается социальными и медицинскими проблемами пожилых людей. Помощь в создании MeDiCase оказывают также компании-производители гаджетов: AND и Bayer (Ascensia). Комплектует кейс и разрабатывает программные продукты компания Ньюдиамед.

Михаил Воробьев, Андрей Воробьев

НЕКРОЛОГ

Умер Евгений Евгеньевич Гогин. Возможно, не всем что-то говорит это имя. Он не был широко популярен во врачебной среде. Скромный, интеллигентный. Потрясающий клиницист. Всю жизнь посвятил гипертонии, перикардитам, эндокардитам, лучевой патологии. Был фанатично предан этим темам. Он родился 20 ноября 1926 года в Ленинграде, в семье врачей. Отец — Гогин Евгений Федорович (1903—1938). Судя по датам, отец ушел из жизни не самостоятельно. Может быть от того Евгений Евгеньевич люто ненавидел сталинизм. Человек он был очень тихий, разговаривал, я бы сказал, вкрадчиво, но иногда в голосе у него появлялась сталь, и он начинал говорить горячо. Я помню несколько таких эпизодов, один, как раз, связан был с вопросом сталинизма.

Евгений Евгеньевич поступил в Военно-морскую медицинскую академию в середине войны и успел повоевать в рядах курсантах, оборонявших Ленинград. Это была ужасная война, он несколько раз вспоминал эпизоды, как из убитых наших, поступавших на фронт, ежедневно и ежедневно уходящих в «расход», немцы делали дорожные указатели. Я не точно помню места, где он воевал, но история Мясного Бора, Второй армии генерала Власова, Волховского фронта красочно отражены в фильме. Это — примерно те места и есть. Гибельные. Там и до сих пор чувствуется аура какая-то.

После окончания с золотой медалью Академии Евгений Евгеньевич служил в Прибалтике, работал, как сказали бы сейчас — врачом общей практики: других врачей просто не было в округе. Через 2 года службы на флоте поступил в Военно-медицинскую академию имени С.М. Кирова для дальнейшего обучения и в 1958 г. защитил диссертацию по гемодинамике при воспалении легких. Докторскую защитил через 10 лет уже по вопросам радиационного поражения. На его долю выпало оказывать помощь при первых авариях на атомном флоте. В 1975 году Евгений Евгеньевич был переведен в Москву, куда почти одновременно с ним переехала группа выдающихся клиницистов — военно-морских медиков — Ф.И. Комаров, Е.В. Гембицкий. Все они занимали немалые должности в медицинском руководстве Советской Армии. И все они играли значительную роль в жизни нашего Терапевтического общества. Евгений Евгеньевич был членом Правления общества с 1975 г., неоднократно выступал на наших заседаниях.

Евгений Евгеньевич был в чине генерал-майора медицинской службы, главным терапевтом Госпиталя им. Н.Н. Бурденко, заместителем главного терапевта Министерства обороны СССР. В Военно-медицинской академии, а позже — Центральном институте усовершенствования врачей, занимался преподавательской работой, работая профессором, заместителем руководителя кафедры. В 2000 году был избран членом-корреспондентом Российской академии медицинских наук.

После выхода в отставку с военной службы возглавил терапевтическое направление в Кремлевской больнице на



Рублевке. Ему пришлось лечить трудных и известных пациентов, наверное самое драматическое событие — это участие в консилиуме по ведению Президента России Б.Н. Ельцина.

В начале 90-х они, вместе с академиком А.И. Воробьевым, выпустили на немецком языке книгу «Чернобыль», где приводятся сведения о многих авариях на флоте. Книга уникальна, ее нет на русском языке. С лекциями о радиационных поражениях Евгений Евгеньевич выступал за рубежом, в том числе — в США и Италии. Евгений Евгеньевич много размышлял о медицине, чему свидетельством еще одна книга: «Предпосылки и детерминанты заболеваний. Врачебные этюды эволюционной биологии и основные горизонты начала заболеваний» (2003). Само название, скажем прямо, необычное.

Мы много работали с Евгением Евгеньевичем в Форумном комитете с конца 90-х годов. Он руководил секцией «кардиология». Было трудно объяснять поначалу азы медицины, основанной на доказательствах, но Евгений Евгеньевич удивительно быстро «включился» в этот подход и стал активно отбирать препараты для списка жизненно необходимых лекарств. Запомнилось одно заседание, где кто-то из редко присутствующих членов Комитета позволил себе высказаться в стиле «Ну какой идиот это сказал». Я сидел рядом. В Евгении Евгеньевиче взвелся курок и прозвучало что-то типа «стоять-бояться». Это был настоящий генеральский рык. Оппонент понял, что случилось что-то необычное, голову втянул в плечи вместе со своим мнением. И — так же внезапно все погасло, опять перед нами был мягкий, вкрадчивый профессор.

Мы много ездили с ним на выездные школы-семинары Форумного комитета. Я всегда получал огромное удовольствие от общения с ним. Он был одним из главных стержней нашей команды. В 2012 г. его наградили Премией МГНОТ им. Д.Д. Плетнева за выдающийся вклад в развитии отечественной терапевтической школы. Но к этому времени Евгений Евгеньевич тяжело заболел и вручить ему премию публично не получилось.

Евгений Евгеньевич автор более 320 научных работ, в том числе 9 монографий и книг, соавтор 12 руководств и учебников, в том числе «Учебника военно-морской терапии» (1978, 2000, 2003), один из авторов и титульный редактор 1-го тома трехтомного «Руководства по диагностике и лечению внутренних болезней» (1992, 1996, 1999). Под его руководством защищены 2 докторские и 8 кандидатских диссертаций.

Евгений Евгеньевич заслуженный деятель науки РФ, награжден орденами Красной Звезды, «За службу Родине» III степени, Сергея Радонежского II степени, имел много медалей.

Уход Евгения Евгеньевича — это еще одна брешь в эпохе выдающихся врачей страны, которую по праву можно назвать «золотым веком отечественной медицины». Мы будем помнить его.

Профессор Леонид Борисович Лазебник — доктор медицинских наук, профессор, Президент Научного общества гастроэнтерологов России, член Правления МГНОТ, руководитель секции геронтологии и гериатрии МГНОТ, член Правления РМНОТ и Общества врачей России.

Представление на премию МГНОТ им. Д.Д. Плетнева за 2015 г. профессора Лазебника Леонида Борисовича

Л.Б. Лазебник — достойный ученик корифеев отечественной терапевтической школы — Владимира Никитича Виноградова, Зинаиды Адамовны Бондарь и Виталия Григорьевича Попова.

В 1965 году Л.Б.Лазебник закончил I ММИ им. И.М. Сеченова, в 1967 г. — клиническую ординатуру при кафедре факультетской терапии (заведующая — член-корр АМН СССР проф. З.А. Бондарь). До 1970 г. трудился в той же клинике в качестве ординатора под непосредственным руководством профессоров В.Г. Попова и А.Л. Сыркина, одновременно работая врачом кардиологической бригады Московской станции скорой помощи, как было принято в первом отделении интенсивной терапии при факультетской терапевтической клинике.

В 1971 г. Л.Б. Лазебник защитил кандидатскую диссертацию по теме «Лечение нарушений сердечного ритма аспарагинатом калия и магния (клинико-экспериментальное исследование)» под научным руководством академика Е.Б. Бабского и профессора А.Л. Сыркина. С 1971 года на протяжении почти 25 лет он трудился в качестве ассистента, доцента, а затем профессора в ММСИ на кафедрах внутренних болезней, возглавляемых известными отечественными клиницистами профессором В.П. Померанцевым, профессором Л.Л. Орловым и профессором Ю.К. Токмачевым. В 1991 г. Л.Б. Лазебник защитил докторскую диссертацию «Диагностика и лечение ишемической болезни сердца у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких».

В 1993 г. профессор Л.Б. Лазебник возглавил созданную им крупнейшую в России кафедру геронтологии и гериатрии в Московском медицинском стоматологическом институте. В 1995—2001 гг. кафедра была переподчинена Российской медицинской академии последипломного образования. С 2003 по 2013 г. кафедра находилась в Московском государственном медико-стоматологическом университете. За это время под руководством Л.Б. Лазебника коллективом кафедры проведен большой цикл исследований по изучению особенностей болезней сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем у людей пожилого и старческого возраста. С 1995 по 2001 г. он — главный геронтолог МЗ РФ, с 1998 по 2003 г. — председатель Межведомственного научного совета по геронтологии и гериатрии при РАМН и МЗ РФ. Под руководством Л.Б. Лазебника разработан пакет документов, регламентирующих гериатрическую службу и работу врача-гериатра, созданы унифицированная программа последипломного обучения по геронтологии и гериатрии, сертификационная тестовая программа по геронтологии и гериатрии, квалификационные требования к врачу-гериатру, положение о враче-гериатре. При активном участии Л.Б. Лазебника подготовлен и издан приказ МЗ РФ № 279 от 17 июля 1999 г. «О дальнейшем совершенствовании медицинской помощи населению старшего



возраста в Российской Федерации», фактически формирующий в стране гериатрическую службу. При его активном участии организованы и успешно проведены I и II Российские съезды геронтологов и гериатров, VI Европейский конгресс по клинической геронтологии в г. Москве (2002 г.), организовано Всероссийское научно-практическое общество гериатров и геронтологов, введена научная специальность «Геронтология и гериатрия» — 14.00.53 (2002 г.).

В 1993 г. Л.Б. Лазебник назначен главным терапевтом Департамента здравоохранения г. Москвы. В течение 20 лет он успешно руководил терапевтической службой города, решал вопросы лекарственного обеспечения льготных контингентов населения г. Москвы. Им разработана и внедрена целевая программа «Выявление сердечно-сосудистых заболеваний у населения трудоспособного возраста г. Москвы», создана система диспансеризации населения. Благодаря организованной в городе системе оказания терапевтической помощи летальность от терапевтических заболеваний за этот период в Москве снизилась почти в 2 раза.

В 2001 г. Л.Б. Лазебник возглавил Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии. За годы руководства смог трансформировать ЦНИИГ в мощное научно-клиническое учреждение, ставшее главным по России и получившее международное признание. Различные направления гастроэнтерологии в ЦНИИГ под руководством Л.Б. Лазебника возглавляли ведущие ученые страны.

Под эгидой Научного общества гастроэнтерологов России, Президентом которого является Л.Б. Лазебник, впервые стали проводиться международные школы по гастроэнтерологии с привлечением ведущих зарубежных специалистов.

Профессор Л.Б. Лазебник явился вдохновителем и основным разработчиком документа «Стандарты диагностики и терапии кислотозависимых заболеваний», принятого на V съезде Научного общества гастроэнтерологов России в феврале 2005 г. и регулярно обновляющегося. Леонид Борисович — автор проекта и руководитель первого в нашей стране многоцентрового эпидемиологического исследования по изучению распространенности гастроэзофагеальной болезни в РФ (МЭГРЭ), законченного в 2008 г. Он же является основоположником нового научного направления «Применение стволовых мезенхимальных клеток в гастроэнтерологии».

Под руководством Л.Б.Лазебника подготовлены рекомендации и клинические руководства, регламентирующие терапевтические и хирургические подходы к лечению желчно-каменной болезни, целиакии, метаболического синдрома, болезней печени, дисбиоза кишечника. Под его руководством защищены 16 докторских и более 70 кандидатских диссертаций.

Л.Б. Лазебник является автором более 800 научных работ, 8 монографий, 20 изобретений, более 50 методических разработок, методических пособий, информационных писем. Монография «Донаторы оксида азота», написанная в соавторстве с Л.И. Ольбинской, в 2002 г. удостоена РАМН премией имени А.Л. Мясникова.

Л.Б. Лазебник является главным редактором журнала «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», членом редколлегии журналов «Клиническая геронтология», «Терапия», «Медицинский алфавит» и других.

Мобильные телефоны быстро становятся неотъемлемой частью современных средств связи и широко используются медицинскими сотрудниками, являясь одним из эффективных средств связи между врачом и пациентами. Компания Synovate Comcon в ноябре 2012 года провела исследование MEDI-Q «Мнение практикующих врачей» по использованию Интернета медицинскими работниками в профессиональных целях. В исследовании приняло участие 2842 врача 6 специальностей (терапевты, кардиологи, неврологи, дерматологи, гастроэнтерологи, урологи). В результате, глав-

следований и новости медицины. Наблюдалось существенное увеличение доли среди неврологов (рост с 4,8 до 10,7%) и кардиологов (с 13 до 21%), оценивших важность интернет-конференций и вебинаров. Доля врачей, использующих в профессиональных целях стационарные компьютеры, упала до 59%, возросло количество врачей, использующих планшеты для выхода в Сеть — с 9 до 25%, мобильных телефонов и смартфонов — с 20 до 39%.

В 2015 г. по данным исследований, проведенных компанией «Synovate Comcon», около 40% врачей используют мобильные телефоны в профессиональных целях при наличии их у 71% опрошенных врачей. Уменьшается использование стационарных компьютеров — 50% опрошенных врачей (при наличии у 59%), ноутбуки/нетбуки — 43% (при наличии у 48%), планшеты — 25% (при наличии у 28%).

Целью нашей работы явилось изучение профессионального использования мобильных устройств медицинскими работниками. Для достижения данной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Составить анкеты для респондентов исследования
2. Обработать полученные данные
3. Проанализировать использование врачами мобильных телефонов и медицинских девайсов.

Анкета для сбора информации о характере использования мобильных телефонов состояла из 14 вопросов о специальности, марке сотового телефона, длительности его использования, о профессиональном применении мобильных телефонов, использовании медицинских девайсов в работе и другое.

Мобильные медицинские технологии в практике московских врачей

А. Воробьев, А. Зыкова

ной целью профессионального использования Интернета является чтение медицинской информации — так ответили 90% врачей. Почти треть врачей, использующих Интернет, принимают участие в образовательных программах и вебинарах, а также участвуют в профессиональном общении и консультациях с коллегами (по 31%). On-line консультирование пациентов проводят только 6% врачей, 71% врачей для выхода в Интернет используют стационарный компьютер, 55% используют ноутбуки или нетбуки, 20% — смартфоны или мобильные телефоны и 9% — планшеты.

В апреле 2014 года компания Synovate Comcon повторила исследование. Наиболее важной в Интернете для врачей по-прежнему остается информация о лекарственных препаратах, а также научные статьи, результаты клинических ис-

ИнтерНьюс

Инновационные анализы крови оказались ошибкой

Похоже выдающийся специалист по лабораторному делу, самая молодая женщина-миллиардер Элизабет Холмс оказалась аферистом. Федеральные регуляторы в США предложили временно запретить основательнице компании Theranos, специализирующейся на лабораторной диагностике, вести бизнес. Холмс построила предприятие на принципиально новом, как она утверждала, методе анализа крови, однако позднее в этом появились сомнения.

В январе появилась новость о том, что Центры по медицинскому страхованию пожилых и неимущих (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) выявили многочисленные нарушения в работе калифорнийской лаборатории компании Theranos. CMS является основным органом, регулирующим деятельность клинических лабораторий.

18 марта 2016 года CMS направило Theranos письмо, сообщив о том, что планирует отозвать лицензию у ее калифорнийской лаборатории и запретить владельцам компании — ее президенту Сани Балуйани и самой Холмс — владеть или управлять какой бы то ни было лабораторией по крайней мере в течение двух лет. Письмо CMS не было обнародовано, в распоряжении The Wall Street Journal оказалась его копия.

Помимо калифорнийской лаборатории, у Theranos есть еще одна — в Аризоне. На две лаборатории приходится большая часть выручки компании.

После получения сообщения от CMS у Theranos было 10 дней, чтобы подготовить ответное послание с доводами в свою защиту. Компания уложились в срок, и теперь CMS изучает ее ответ. Если он не удовлетворит регулятора, то тому придется наложить на Theranos обещанные санкции.

В 2013 году регуляторы также выявили нарушения в работе лабораторий Theranos, но компания быстро их устранила. По данным источников WSJ, на этот раз речь идет об очень серьезных проблемах.

В октябре 2015 года бывшие сотрудники Theranos обвинили Элизабет Холмс, владелицу компании, в том, что она вводила в заблуждение клиентов и инвесторов, утверждая, что анализы проводятся по уникальной технологии. По данным источников WSJ, компания отдает некоторые исследования на аутсорсинг. Theranos отказалась предоставлять изданию данные о том, какую долю исследований и на каких финансовых условиях выполняют сторонние лаборатории. В компании заявили, что пользуются услугами других лабораторий время от времени, и это нормальная практика в индустрии лабораторной диагностики.

Создательница Theranos Элизабет Холмс — самая молодая женщина-миллиардер, в 31 год сделавшая состояние в \$9 млрд. Компания Theranos начала свою работу с клиентами в конце 2013 года, предлагая сделать более быстрый и менее инвазивный анализ крови. Вначале компания открыла 42 точки для забора крови в велнес-центрах города Финикс (штат Аризона), две — в Калифорнии и одну — в Пенсильвании. Кроме того, в штате Аризона Холмс добилась принятия закона, отменившего обязательное представление направления врача на анализ крови. Theranos быстро стала конкурентом двух крупнейших американских сетевых лабораторий, лидеров американского рынка анализов крови, объем которого оценивается в \$75 млрд.

Начало на стр. 7 ↗

Базой опроса были Высшая Школа Терапии МГНОТ, ЦКБ РАН, Ученый совет одной из крупных клиник Москвы. Число опрошенных составило 127 человек. Возраст респондентов варьировал от 18 до старше 65, наибольшее количество участников опроса было в возрасте от 50 до 64 лет (47%), 20,47% были старше 65 лет. Женщины составили 80% всех опрошенных. Почти половина респондентов работает в государственной больнице, около 30% в государственной поликлинике, а остальные 20% распределились на частную поликлинику, частную больницу, ВУЗ и неработающих (7,07%). По специальности около 70% медицинских работников — терапевты, 13% составили хирурги и 21% — другие специальности.

Почти 70% участников опроса пользуются сенсорными мобильными телефонами и около 30% предпочитают кнопочные. Лидирующим производителем мобильных телефонов стал Samsung (33%), Apple — 24%, Nokia — почти 15%, остальные используют Asus и Sony — 2,36%; Acer и Motorola — 0,79%; Fly и Philips — 1,57%; HTC и Lenovo по 2,36%; LG — 5,51%; другие производители — 7,09%. Около 45% медицинских работников пользуются мобильным телефоном более 5 лет, 32% приходится на 2—3 года использования и самый низкий процент участников, либо недавно приобрела телефон «менее 1 года» — 12% или пользуется им 3—5 лет — 11,02%.

По результатам исследования почти все респонденты (96%) используют функцию «звонки», «отправка смс» (88%) и фотографирование (80%). Половина медицинских работников пользуются электронной почтой (47%), Интернетом (61%), календарем и напоминаниями (56%), мобильным банком (51%) и производят вычисления (52%). Наименьшее число респондентов ведут учет расходов (6,3%) и покупают товары (17,32%).

В профессиональных целях больше половины медицинских работников пользуются мобильными телефонами для консультаций с коллегами (61%), консультируют больных 43%, получают информацию о лекарствах 40% и о медицинских услугах 35%, передают информацию больному 36% респондентов (таблица 1).

Профессиональные цели	Количество человек	Процент
Консультирование больных	55	43,31
Консультирование с коллегами	78	61,42
Информация о лекарствах	52	40,94
Информация о медицинских услугах	45	35,43
Передача информации больному	46	36,22
Передача информации о больном	25	19,69
Другое	23	18,11

Больше половины медицинских работников не используют медицинские девайсы (67%), глюкометр и термометр применяют в своей практике 2% респондентов, почти 4% — тонометр и пульсоксиметр. Около 8% участников опроса вовсе не знают, что такое медицинские девайсы (таблица 2).

Медицинские девайсы	Количество человек	Процент
Тонометр	5	3,94
Термометр	3	2,36
Пульсоксиметр	5	3,94
Глюкометр	3	2,36
Не использую	85	66,93
Не знаю, что это	10	7,88
Другое	0	0

Подводя итоги, необходимо отметить, что мобильные телефоны широко используются врачами и являются наиболее эффективным средством связи между врачами и пациентами, но при неуклонном росте сотовых телефонов и прогрессе в их техническом оснащении, использование медицинских девайсов среди практикующих врачей непопулярно. Больше половины медицинских работников не применяют никакие из перечисленных девайсов, а почти 8% респондентов вовсе не знают, что это. Чаще, в профессиональных целях, врачи используют средства сотовой связи для консультирования с коллегами и пациентами, получения информации о лекарственных средствах и медицинских услугах.

Анонсы ближайших заседаний МГНОТ

В среду, 27 апреля 2016 года в 17.30 в Анатомическом корпусе I МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Моховая, д. 11, с. 10) состоится пленарное заседание Московского городского научного общества терапевтов.

Повестка дня:

1. Чернов М.Ю., к.м.н. Пестовская О.Р., профессор Яковлев В.Б., Шаронова С.П., Савина Л.Н., Заславская М.Ю., Осминина А.Ю., Мареева Е.В.

(Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко):

«Всегда ли эхокардиография является надежным инструментом диагностики и оценки тяжести пороков аортального клапана?»

В докладе представлены анализ литературы и собственных материалов (обследовано 19 885 пациентов) по эхокардиографической (ЭхоКГ) диагностике пороков аортального клапана, данные опроса практикующих врачей, выполняющих ЭхоКГ в нашей стране. Обсуждаются вопросы методологии выполнения и «подводные камни» ЭхоКГ исследования, корректной интерпретации его результатов и их использования для определения показаний к хирургическому лечению.

В среду, 11 мая 2016 года в 17.30 в Анатомическом корпусе I МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Моховая, д. 11, с. 10) состоится пленарное заседание Московского городского научного общества терапевтов.

Повестка дня:

1. Главный пульмонолог Минобороны РФ, д.м.н., профессор кафедры гематологии и гериатрии ИПО Зайцев Андрей Алексеевич

(Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко);

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова):

«Новые возможности антимикробной терапии инфекций дыхательных путей»

В докладе будут представлены сведения о новых антимикробных препаратах, которые появились в арсенале врача для лечения инфекций дыхательных путей.



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 клинико-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология.

Помимо традиционных форматов заседаний в рамках конференции планируется проведение тематических мультимедийных 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: mtpndm@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»!