



Несколько слов к 25-летию работы в первом Правительстве Б.Н. Ельцина. Заранее прошу меня — старого беспартийного коммуниста — простить за общую минорную тональность. Но... Хотелось бы попытаться как-то оценить плоды нашей работы за прошедшие четверть века. Конечно, эти «плоды» не только нашего посева, но и — не без нас.

Сравнивать современную Россию с СССР невозможно. Та страна, послереволюционная Россия, за 20 лет своего безвоенного существования сделала в экономике скачок, сопоставимый с таковым современного, тоже социалистического, Китая. Многие забыли, что в период младенческого возраста советской власти Ленин во избежание разрухи, рожденной экономической стихией, сказал: «...никакого социализма, строим государственный капитализм» (цитирую по памяти). Экономика — не менее сложная наука, чем квантовая механика.

А. Воробьев,
первый министр здравоохранения новой России

К юбилею «Правительства реформ» (15.11.16)

Пораженный стимулированным разгромом: фармацевтическую промышленность, антибиотическую — долой, приборостроение — рубить под корень — я спросил Гайдара: «Что же мы строим? Капитализм?». Ответ: «Андрей Иванович! Вы опять про «измы» — капитализм, социализм. Рынок все выправит. Деньги — прибыль капиталиста — будут вложены в нужную отрасль промышленности». Но капиталист про «рыночные отношения» читать не стал и сунул деньги в карман, а когда им там стало тесно, перевел их «за бугор».

Советский Союз затратил много сил для создания своего машино-приборостроения. И где наши автомобили? Где российские самолеты гражданской авиации? А где сам Союз Советских Социалистических республик? Куда делись почти 100 млн его жителей? Где наша, считавшаяся в ВОЗ одной из лучших, служба охраны здоровья, занявшая теперь последнее место в мире? Куда делось уголовное право, на короткий срок ставшее беспыточным во времена Горбачева — Ельцина? Почему, проезжая по средней полосе России, не встретишь ни одного стога сена? Наши дети не знают разницы между копной и стогом. Куда делось вокальное искусство народов Союза? Зачем в теляшнике поют только в микрофон? А ведь это происходит в стране, поражающей мир голосами Обуховой, Лемешева, Нелеппа, Михайлова, Гмыри. Где танцы народов Союза? Куда исчез ансамбль Моисеева? Почему его подменила уродливая толпа трясущихся, что-то напевающих, безобразно машущих руками субъектов?

Начавшему строить «рынок» Егору Тимуровичу и в голову не могло прийти, что деньги утекут за границу поднимать производство потенциального противника.

После провала путча в августе 1991 года, какого-то странного отхода от власти Президента М.С. Горбачева, в стране реально, а не на словах, утвердилось единовластие, диктатура Б.Н. Ельцина. Одной из ее особенностей была кадровая чехарда. Министры менялись через 2—3 месяца. За кулисами начался дележ недр. С Запада прибежали «благотетели» с предложениями купить то или иное производство — всегда того профиля, что у нас уже есть, всегда с намеком, что банк, организующий сделку, «участников» не забудет.

В политическом плане мы построили (унаследовали после разгрома путча) личную диктатуру. Она, практически, всегда возникает при смене экономических и

политических формаций, т.к. более жизнеспособна и продуктивна в периоды смут и переворотов. Будучи эффективной в течение нескольких лет — 5—10, она

становится угрожающей уже на втором сроке: начинается террор, которым личная диктатура стремится себя утвердить, сохранить. Здесь неизбежны вооруженные столкновения. Сразу оговорюсь: «Киевский майдан» (мятеж), как только там запахло участием США,

ная власть 5—10 лет, но не более. Затем — новый руководитель.

Про работу Ельцинского кабинета говорить не хочется. Рядом со мной обычно сидел Днепров. Мы испытывали друг к другу большую теплоту. Как и к Алеше Яблокову, Борису Георгиевичу Салтыкову (чудный мужик!). Дискуссионный на заседаниях не запомнилось. Спасшее высокотехнологичную медицину постановление — Указ Президента — о ее финансировании отдельной строкой бюджета (26 сентября 1992 г.) я протащил через аппарат Президента (не через Правительство).

Понимая, что при сохранении медицины мест заключения в подчинении тюремного начальства искоренить пытки нельзя, а тем самым нельзя создать и уголовное право, я через Совмин провел Постановление о передаче тюремной медицины в Минздрав. Но опубликовать не успел. Меня сняли. Здравоохранение тюрем после нескольких месяцев молчания передали в Минюст. Угробили.

Построен в России на обломках кровавого сталинизма убогий воровской капитализм. Не государственный капитализм, не какой-то аморфный «рынок», а нежизнеспособный к длительному функционированию, к соревнованию с США, непригодный экономический и политический строй.

Оглядываться назад — не грех. Но правду надо искать не у Ивана Грозного, не у Столыпина, а у себя — у Ленина, Троцкого, Бухарина, Косыгина, в работе Госплана (где не идиоты сидели). Здесь некоторые усмеются. Зря, друзья мои.

Очень беспокоит хладнокровное неторопливое расчленение бывшего СССР, бывшей России. На очереди Казахстан. Потом — Сибирь. Население в Сибири тает. Люди бегут, в частности в Москву, превращая ее в уродливый непроезжий мегаполис. Это — прямые плоды стихийного рынка. В Сибири стоят города с многоэтажными домами, где выбиты все окна, и — ни одного человека. Если сохранять «рыночный» самотек, то пройдет десяток лет и где-нибудь на берегах Лены «партнер» спровоцирует очередной бунт «борцов за самостоятельность», которым наши «заклятые друзья» в их борьбе с очередным правителем «садиством» (паразитическая бедность словаря у Пентагона) помогут передвинуть границу России на востоке к низовьям Иртыша, а то и к Уралу. Сценарий может быть иным, но «свято место пусто не бывает»: Сибирь отберут.

Мне говорят, что уж очень много мрака в тексте. Только черный цвет. Но: «чем богаты, тем и рады». Думаю, что розовых лепестков накидают и без меня.

Я, конечно, хорошо помню атмосферу духовного подъема того времени, когда страна воспряла, когда путч — этот отзвук сталинского ужаса и мрака — быстро убирался из нашего сознания, когда, действительно, казалось, что мы вышли на рубеж серьезнейших перемен. Большинство из нас, по-видимому, было уверено, «...что земля любимая близка, что ударится о дальний берег легкая, как жалоба, доска» (это — И.Г. Эренбург, 1940? год, к разгрому союзников под Дюнкерком, спасавшихся в Англию через Па-де-Кале, спасшихся, в конце концов, и с нами победивших). Я и сейчас верю, убежден, что «Россия вспрыгнет ото сна...». Но: «пахать надо». Звонить потом.

Надо почаще вспоминать тогдашнее ощущение раскрывшихся возможностей, перемен, захватившее нас. Сегодня это уместно и важно. Главное, не позволять, повесив нос, говорить: «А что можно сделать?». Поверьте: еще многое можно сделать! Пенсионный «заслуженный отдых» существует только для потерявших мозги. «Светить всегда! Светить везде! До дней последних...».

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Понимая, что при сохранении медицины мест заключения в подчинении тюремного начальства искоренить пытки нельзя, а тем самым, нельзя создать и уголовное право, я через Совмин провел Постановление о передаче тюремной медицины в Минздрав. Но опубликовать не успел. Меня сняли.



надо было разгонять силой, быстро. Крым (Севастополь) забрали молниеносно. Сирию — последнее государственное наше прибежище в Средиземноморье —

освобождать от США надо. Война эта не имела бы места, если бы Б.Н. Ельцин в ответ на преступную болтовню Клинтона о «садистве» Милошевиче молча высадил бы десант в Белграде. Буш (младший) и обои Клинтоны — безответственные преступники, возмож-

но, не очень сознающие, что именно они раскручивают новую мировую войну (я вместе с двумя писателями высказал эту мысль в «Московском Комсомольце» более 20 лет назад). Это не только наше мнение, но и лидера мексиканских повстанцев «команданте» Маркоса, высказанное им примерно тогда же.

Но как в условиях военной осады России выходить на республиканскую форму правления? Очень трудно. Вероятно, надо заимствовать идею Ден Сяопина: лич-

Население в Сибири тает. Люди бегут, в частности, в Москву, превращая ее в уродливый непроезжий мегаполис. Это — прямые плоды стихийного рынка.

Где наша, считавшаяся в ВОЗ одной из лучших, служба охраны здоровья, занявшая теперь последнее место в мире? Куда делось уголовное право, на короткий срок ставшее беспыточным во времена Горбачева — Ельцина?

ИнтерНьюс

Ученые выяснили, почему у пожилых людей раны заживают дольше

Чем старше тело, тем дольше на нем все заживает. Это научно подтверждено еще во время Второй мировой войны — было доказано, что у пожилых военнослужащих раны заживают дольше.

Вместе с тем до сих пор исследователи не могли сказать, как именно возрастные изменения препятствуют способности организма к самовосстановлению.

Последние эксперименты в американском Рокфеллеровском институте, специализирующемся на биомедицинских исследованиях, были посвящены анализу этой физиологической головоломки путем изучения молекулярных изменений в стареющей мышной коже. «Через несколько дней после получения травмы близлежащие клетки кожи начинают перемещаться и закрывать собой поврежденный участок. Этот процесс требует координации с близлежащими иммунными клетками, — говорит профессор Элейн Фукс, руководитель лаборатории по изучению клеточной биологии млекопитающих. — Наши эксперименты показали, что с возрастом коммуникация между клетками кожи и иммунными клетками ослабевает. Это открытие предполагает новые подходы к разработке методов лечения, которые ускорят заживление поврежденных у пожилых людей».

Всякий раз, когда на теле появляется рана, организм начинает «ремонт», прежде всего восстанавливая защитный кожный барьер. «Заживление ран — один из самых сложных процессов, протекающих в человеческом теле, — говорит доктор Брайс Киз. — Многочисленные типы клеток, молекулярных путей и сигнальных систем слаженно работают во временных рамках, которые могут занимать от нескольких секунд до нескольких месяцев. Изменения, связанные со старением, наблюдаются на каждом этапе этого процесса».

Основные участники этого сложного процесса — клетки кожи и иммунные клетки. Все начинается с образования струпа — корки, покрывающей поверхность раны. Затем новые клетки кожи, известные как кератиноциты, скапливаются под струпом и заполняют рану.

Эксперимент касался именно этой последней фазы — ее ход сравнивался у 2-месячных и 2-летних мышей, что аналогично разнице между 20-летними и 70-летними людьми.

Ученые обнаружили, что у старых мышей кератиноциты заполняли пространство под струпом гораздо медленнее, что приводило к более долгому заживлению раны.

Как показал эксперимент, после травмы кератиноциты на краю раны взаимодействуют с иммунными клетками, вырабатывая особый белок — skint, присутствие которого сообщает иммунным клеткам, что нужно оставаться вокруг раны и помогать в заполнении разрыва ткани.

У старых мышей кератиноциты не в состоянии производить эти «сигнальные» белки, из-за чего иммунные клетки не могли помочь в заживлении раны. При пересадке «сигнальные» белки с молодой кожи на старую, и в этом случае «старые» кератиноциты повели себя как «молодые» — они стали активно заполнять травмированный участок тела. Теперь ученые займутся разработкой лекарственных препаратов, учитывающих эти выводы.

<http://9tv.co.il/news/2016/11/27/235061.html>

Каждый четвертый российский врач считает себя ленивым

Российское рекрутинговое агентство SuperJob решило выяснить, представители каких профессий могут признаться в склонности к лени. В десятке самых ленивых оказались врачи.

Ученые из Университета Флориды (США) доказали, что люди, склонные к интеллектуальному труду, более ленивы. Они меньше двигаются, но лучше концентрируются на сути поставленной задачи. Исследование SuperJob подтверждает эту теорию.

Ленивыми чаще всего называют себя программисты (33%), дизайнеры (32%) и системные администраторы (31%). На последней строчке рейтинга самых ленивых профессий — охранники: только 7% из них могут позволить себе предаваться лени.

Среди врачей ленивыми назвали себя 25% опрошенных. Медицинские представители реже признавались в том, что склонны к лени (18%).

<http://doctorpiter.ru/articles/15723/>

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 11.05.2016

Председатель: профессор П.А. Воробьев

Секретарь: А.Б. Зыкова

Доклад: 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»

Стоит отметить, что в настоящее время пульмонология переживает некоторый бум после затишья, связанный с появлением на рынке целого ряда новых препаратов. К сожалению, подобного бума пока не наблюдается в части, касающейся лечения инфекций респираторного тракта.

Внебольничная пневмония — это краеугольный камень медицины. Заболевание известно со времен Гипократа, мы умеем его диагностировать, мы знаем этиологию заболевания, у нас есть целый ряд препаратов для успешного его лечения. Но вот беда — до 20% с нетяжелой пневмонией не отвечают на лечение, в стационаре до 15% также демонстрируют неэффективность стартовой терапии, а в ОРИТ частота модификации антимикробной терапии достигает 40% и выше. И летальность от пневмонии находится на высоком уровне. Если взять мировой средний показатель, то пневмония находится на 4-м месте среди ведущих причин смерти. Это показатель для стран со средним уровнем дохода, куда, вероятно, можно отнести и Россию, однако для стран с низким уровнем дохода (страны Африки) показатель выходит на первое место. В России умирают порядка 3—4% от числа госпитализированных больных. В Москве это порядка 800—1000 умерших в год непосредственно от внебольничной пневмонии.

Говоря об актуальности пневмонии, стоит упомянуть и экономические потери. Так, в 2012 году в США на лечение пневмонии была потрачена рекордная сумма в 20 млрд, причем большинство расходов пришлось на госпитализированных больных.

Таким образом, внебольничная пневмония — это трудная пневмония. Конечно, неэффективность терапии — это многофакторная переменная. Вот вызовы, с которыми нам придется столкнуться. Конечно, это антибиотикорезистентность микроорганизмов. В России это большая проблема. Так, согласно данным исследования ЦЕРБЕРУС, в период с 2008 по 2012 гг., доля нечувствительных штаммов к пенициллину, цефалоспорином III поколения и эритромицину составила 3,9, 5 и 29,8% соответственно. В отношении гемофильной палочки тоже есть тенденция к росту резистентности к амоксициллину. В настоящее время количество резистентных к макролидам штаммов достигает 22%.

Внутрибольничная пневмония — не менее актуальная проблема, она диагностируется у 1% госпитализированных больных, при этом характеризуется чрезвычайно высокой летальностью, достигающей 50% (если мы говорим о тяжелых случаях, вызванных полирезистентными штаммами микроорганизмов). Очевидно, что развитие пневмонии сопровождается и увеличением сроков пребывания больного в стационаре, и значительными экономическими тратами. Частота развития пневмонии в коечных отделениях общего профиля составляет 4—10 случаев на 1000 госпитализированных больных, а в ОРИТ частота достигает 15—30%. У пациентов, находящихся на ИВЛ, частота возрастает до 60%. Расчетные данные по России показывают цифры в 8% среди госпитализированных больных, т.е. 2 млн человек ежегодно.

И еще одно уникальное глобальное исследование международной картины масштабов и структуры инфекции в ОРИТ. В один день в 75 странах мира, в 1265 ОРИТ получали лечение 13 796 пациентов. Среди них более 7 тыс. (51%) с инфекционными процессами. И оказалось, что подавляющее число больных, находящихся в ОРИТ с инфекционными осложнениями, — это пациенты с инфекцией дыхательных путей. И так, пневмония наиболее распространенная и жизнеугрожающая из всех внутрибольничных инфекций, характеризующаяся высокими цифрами летальности и значительными экономическими затратами для здравоохранения.

Двигателем прогресса выступило общество инфекционных болезней США, которое запустило программу по созданию 10 новых антибиотиков к 2020 году. И в настоящее время новые антибиотики действительно появились, в том числе в российской практике. Так нам доступен — новый цефалоспориин для лечения тяжелой внебольничной пневмонии — цефтаролина фосамил и пероральный препарат для лечения нетяжелой пневмонии, который новым совсем не является, но в России его зарегистрировали лишь в 2012 году — это цефдиторен. И совсем недавно зарегистрирован новый антибиотик для лечения нозокомиальной пневмонии — телаванцин Вибатив, на котором я остановлюсь отдельно. Проходят этап клинических испытаний новые кетолиды (подгруппа макролидов) и фторхинолоны — их применение будет востребовано у больных с нетяжелыми формами внебольничных пневмоний.

Цефдиторен — это пероральный цефалоспориин III поколения. FDA зарегистрирован в 2001 г., в клинической

практике в Японии с 1991 г. Препарат обладает высокой активностью в отношении — *S. Pneumoniae*. Что является его отличительной чертой в отличие от цефалоспоринов II поколения, обладающих субоптимальной активностью в отношении данного возбудителя. Активность цефдиторена соответствует цефтриаксону, в отличие от цефиксима и цефтибутена. В общем можно сказать, что цефдиторен — это пероральный цефтриаксон. Также препарат обладает высокой активностью против гемофильной палочки. Эффективность препарата доказана в целом ряде исследований.

В настоящее время проходит регистрацию ряд кетолидов. Один из них цетромидин — препарат оценивался в ряде исследований по ведению больных с пневмонией в сравнении с кларитромицином. Оказалось, что он демонстрирует высокую эффективность. В отношении бактериологической эффективности также он оказался сравнимым с кларитромицином и даже несколько превосходит его. Цетромидин, хоть и характеризуется худшим профилем безопасности по сравнению с кларитромицином, но при его применении каких-то больших проблем не наблюдается. Другой кетолид — солитромицин. Препарат достаточное время изучается в рамках клинических исследований, в которых демонстрирует хорошую эффективность — так ранний клинический эффект сравним с моксифлоксацином, частота нежелательных явлений невелика. Поэтому надеемся, что в скором времени он пройдет регистрационные действия в Америке и будет выведен на рынок и в России.

Наконец, таблетированные фторхинолоны. И здесь в скором времени мы получим нефторированный хинолон с высокой антипневмококковой активностью — немоноксацин. В клинических исследованиях препарат демонстрирует высокую эффективность, превосходящую левофлоксацин. Но по части переносимости — зарегистрировано несколько большее по сравнению с левофлоксацином число нежелательных явлений. Впрочем, это замечание не является критичным.

Переходя к тяжелой внебольничной пневмонии, стоит сказать, что в настоящее время одним из проблемных возбудителей является стафилококк. Течение стафилококковой пневмонии характеризуется тяжелым течением, нередко с деструкцией легочной ткани. И стоит отметить, что это нередкий возбудитель особенно при наличии факторов риска — развитие пневмонии на фоне гриппа, инвазивные процедуры в анамнезе, гнойничковые заболевания кожи, сахарный диабет и прочее. Так, во время эпидемии гриппа в 2009 году стафилококк нередко определялся у больных с первичной вирусной пневмонией, и зачастую бактериальная суперинфекция приводила к смерти больного. Все антибиотики, которые мы применяем для эмпирической терапии внутрибольничной пневмонии, обладают антистафилококковой активностью. Но не в случае, когда речь идет о метициллинрезистентных штаммах. Целый ряд наблюдений подтверждает эту проблему. Так в США было зарегистрировано 10 случаев инфекции, вызванной MRSA, из которых подавляющее число умерло. В другом наблюдении говорится о 16 пациентах с внебольничной инфекцией, вызванной MRSA со средним возрастом заболевших — 30 лет. Летальность составила 18%. И, наконец, в другом протоколе стафилококк был выделен в 11% случаев.

При нозокомиальной пневмонии вопросов по стафилококку меньше, потому что данный микроорганизм является одним из наиболее частых возбудителей госпитальной пневмонии в ОРИТ, и ситуация в том числе в России свидетельствует о повышении числа метициллинрезистентных штаммов. Так, согласно исследованию МАРАФОН, нам известно, что среди нозокомиальных штаммов стафилококка, выделенного от пациентов, находящихся в ОРИТ в различных стационарах России, частота метициллинрезистентных штаммов достигает 67%, а в отдельных стационарах Москвы до 80% и выше. Очень важный вопрос — а какое это имеет практическое значение. И мы можем вернуться к уже цитируемому ранее глобальному исследованию, в котором среди пациентов с нозокомиальной инфекцией у 500 определялся метициллинрезистентный стафилококк. И при проведении многофакторного анализа оказалось, что наличие инфекции, ассоциированной с MRSA, характеризуется практически 50% ростом летального исхода. И хотя по данным все того же исследования Марафон не потеряли какой-либо актуальности ванкомицин и линезолид, характеризующиеся абсолютной чувствительностью среди выделенных в 2011—2012 годах штаммов стафилококка, негативные тенденции все же имеются. В этой связи не может не радовать появление новых антибиотиков, характеризующихся высокой активностью в отношении грамположительных микроорганизмов.

Речь, безусловно, пойдет о телаванцине, совершенно недавно зарегистрированном в РФ. И одним из показаний к его назначению является внутрибольничная пневмония. Телаванцин является полусинтетическим липогликопептидом. Препарат является полусинтетическим производным ванкомицина; за счет добавления 2 химических групп препарат приобрел ряд важных свойств. Телаванцин приобрел двойной механизм действия: подавление синтеза микробной стенки и нарушение ее функции. Препарат обладает более быстрым бактерицидным эффектом и активностью в отношении штаммов с промежуточной чувствительностью к ванкомицину. Длительный период полувыведения позволяет вводить препарат 1 раз в сутки. Клиренс телаванцина значимо не изменяется у здоровых пожилых людей, но существенно снижается при почечной недостаточности, что

Начало на стр 2

требует коррекции дозы у пациентов с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин. Телаванцин хорошо проникает в альвеолы. Благодаря комбинированному механизму действия телаванцин обладает чрезвычайно высокой активностью в отношении большинства клинически значимых грам(+) возбудителей. По значениям МПК50 и МПК90 в отношении MRSA телаванцин (0,03 и 0,06 мг/л) значительно активнее линезолида и ванкомицина.

Было проведено крупное исследование in vitro активности телаванцина. В целом, МПК50 и МПК90 телаванцина для стафилококков составляют 0,03 и 0,06 мг/л, вне зависимости от географического региона и наличия устойчивости к бета-лактамам. Таким образом, если оценивать активность антибиотиков по значениям МПК, то, в целом, телаванцин является наиболее активным из зарегистрированных в РФ препаратов в отношении большинства наиболее клинически значимых грамположительных микроорганизмов (за исключением штаммов энтерококков и стафилококков с высокими уровнями резистентности к ванкомицину). Однако при анализе эффективности у пациентов с инфекцией, вызванной *S. aureus*, оказалось, что эффективность телаванцина была выше по сравнению с ванкомицином. А при сравнении излечения 28-дневная выживаемость оказалась также выше в группе, получавшей телаванцин.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что наши практические возможности по лечению внутрибольничной пневмонии в настоящее время возросли благодаря появлению высокоэффективного в отношении грамположительных микроорганизмов антибиотика.

Вопрос: В Вашей практике с телаванцином работаете?

Ответ: Пока что нет. Конечно же, хотелось бы его получить в арсенал и опыт по работе с ним, но от коллег из Московского региона получал положительные отзывы.

Вопрос: У Вас в слайдах указывалось, что амоксициллин не очень эффективен.

Ответ: Там был слайд, касающийся исследования по определению чувствительности амоксициллина и гемофильной палочки, то есть амоксициллин, все бета-лактамы характеризуется высокой активностью в отношении этого микроорганизма, но для гемофильной палочки характерна очень важная вещь: она вырабатывает бета-лактамазы, разрушая антибиотики. Поэтому, чтобы преодолеть резистентность этого микроорганизма, применяем амоксициллин. Опять же, для нашей страны нечувствительность гемофильной палочки к амоксициллину была совершенно не характерна, мы считали, что, назначая препарат, мы получаем адекватный клинический эффект, и в пробирке это все прекрасно демонстрировалось. Но негативная тенденция говорит, что уже накоплена определенная проблема в том, что наши палочки, которые есть в РФ, тоже вырабатывает бета-лактамазы, разрушая амоксициллин.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 21.09.2016

Председатель: профессор П.А. Воробьев

Секретарь: А.Б. Зыкова

Доклад: д. м. н. профессор Лазебник Леонид Борисович
(МГМСУ им. А.И. Евдокимова)

«Кардиологические проблемы гастроэнтерологии и наоборот»

Профессор Воробьев П.А.: Леонид Борисович, хочу поздравить Вас с присуждением премии Д.Д. Плетнева. За несколько лет ее получало не так много людей, среди них такие выдающиеся люди, как В.А. Насонова, А.И. Воробьев. Я считаю, что в этой череде лауреатов Вы достойный представитель отечественной терапевтической школы, так как премия присуждается за развитие именно отечественной терапевтической школы, и Ваши выступления, особенно последние годы, носят философско-медицинский характер, что свойственно нашему здравоохранению, нашей медицине. К сожалению, последние годы мы имеем дело с выхолащиванием всего и вся в нашем сознании. Сейчас с трудом удается удерживаться в рамках нашей отечественной медицины, мне кажется, что она достойна занимать существенное место в медицине всего мира. Ваш вклад в это большой, поэтому я с большим удовольствием вручаю Вам эту награду.

Профессор Лазебник Л.Б.: Спасибо. Я тронут этой наградой, это признание много значит. Так сложилось, что я всю жизнь проработал в Москве и каждый раз, когда я всхожу на эту трибуну, я смотрю на предпоследний ряд, там я начинал слушать свои первые лекции. И здесь всегда собиралось Московское Городское Общество Терапевтов, председателем которого был одно время Д.Д. Плетнев. Его трагическая судьба долго скрывалась. Он был яркой личностью, клиницистом, который не боялся говорить правду, не боялся сложных больных, лечил всю «кремлевскую верхушку», подтверждая тем самым, что сближаться с властью опасно. Я еще раз хочу поблагодарить, это очень почетно, не часто мы получаем награды.

Перейдем непосредственно к теме сегодняшнего выступления. Это развитие русской медицины, советской, когда все было едино, был один организм. Затем, после XII съезда терапевтов начали разделять человеческий организм на части. Тема моего сообщения «Кардиологические проблемы гастроэнтерологии и наоборот», почему так?! Потому что в

жизни мне довелось работать врачом разных специальностей и получается, что нас учили одному, потом все стало раздираться на гастроэнтерологию, кардиологию. В конечном итоге все раздробили до такой степени, что говорить с людьми стало очень сложно, потому что хорошо, если они опираются на какие-то серьезные учебники. А большая часть в моей практике опирается на американские стандарты. Сейчас кардиологи — это элита, гастроэнтерологи — это другая элита, но проблема то общая, потому что болен человек. Организм человека анатомически един. Существуют связи между органами кровообращения и органами пищеварения. Вот боль в грудной клетке, что может вызвать ангиоподобную боль? Болезнь пищевода, ГЭРБ, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дискинезия пищевода, пептические язвы, дивертикулы, опухоли. У 18—57% пациентов с болью в грудной клетке имеются неизмененные коронарные артерии, а у 35% пациентов с ИБС выявляется патология пищевода или желудка. Существует три классических варианта инфаркта миокарда, среди которых типичная «грудная жаба», астматический синдром, абдоминальный синдром. Известен и синдром Ремхельда, когда боль в грудной клетке возникает при переполнении желудка.

Было проведено эпидемиологическое исследование «МЕГРЭ» в 2006—2007 гг. Оказалось, что у больных с рефлюксной болезнью обращение к кардиологу из-за боли в грудной клетке насчитывалось намного больше, чем к гастроэнтерологу по поводу изжоги. Существуют некоторые препараты, которые могут повлиять на ГЭРБ, это блокаторы кальциевых каналов; холинолитики; НПВП. Препараты, такие как бисфосфонаты, антибиотики, препараты калия могут привести к повреждению верхних отделов желудочно-кишечного тракта и усугубить симптомы рефлюкса или рефлюкс-индуцированного повреждения. Частые сопутствующие заболевания у пациентов с ГЭРБ — это диабет, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, апное. Атипичные симптомы могут включать боль в эпигастрии или боль в груди, которая может имитировать ИБС, а также кашель и другие респираторные симптомы, которые могут имитировать астму или другие бронхолегочные заболевания.

Боль в груди у пациентов с сочетанной патологией — ИБС и ГЭРБ можно устранить и ингибиторами протонной помпы, и нитратами. Нитраты применяются для лечения желудочно-кишечных заболеваний. А именно — для снижения давления в воротной вене (профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен при циррозе печени), лечение печеночной колики, лечение дисфагии у больных с ахалазией кардии, лечение трещины заднего прохода.

Если говорить о блокаторах кальциевых каналов, то нифедипин может усиливать боль в грудной клетке у пациентов с ИБС и ГЭРБ вследствие ослабления тонуса нижнего пищеводного сфинктера и увеличения кислотного рефлюкса, а амлодипин у пациентов с язвенной болезнью и АГ ускоряет заживление язвы.

Около 79% больных хроническим холециститом имеют боли в области сердца или типичную стенокардию. Приступы боли могут возникать одновременно в области сердца и правом верхнем квадранте живота. Обильный прием пищи у больных с заболеваниями желчного пузыря может спровоцировать стенокардию без боли в желчном пузыре. Перемещение камней в желчном пузыре может стать причиной фатального инфаркта миокарда. Различные аритмии у этих больных не купируются традиционными антиаритмическими средствами. Стенокардия и аритмии часто исчезают после холецистэктомии.

Портальная гипертензия — это повышение кровяного давления в портальной венозной системе. Вены желудка, двенадцатки, селезенки и поджелудочной железы сливаются в воротную вену, которая затем разветвляется на более мелкие сосуды и проходит через печень. Если сосуды печени заблокированы вследствие ее повреждения, кровь не может течь должным образом через печень. Как результат в системе портальной вены формируется высокое давление. Такое повышенное давление в воротной вене приводит к формированию варикозных узлов в пищеводе, желудке, прямой кишке или области вокруг пупка, при разрыве которых возникают потенциально опасные для жизни кровотечения.

Главная причина портальной гипертензии — цирроз печени. Цирроз — это рубцевание, которое сопровождается заживлением поврежденных печени, вызванных гепатитом, алкоголем или другими менее распространенными причинами. При циррозе рубцовая ткань блокирует ток крови через печень. Другие причины портальной гипертензии включают сгустки крови в системе воротной вены, закупорку вен, которые несут кровь от печени к сердцу, паразитарные инфекции и очаговую узловую гиперплазию — болезнь наблюдается у людей, инфицированных ВИЧ.

Все хронические заболевания печени могут привести к фиброзу печени. На протяжении многих лет основной причиной были хронический вирусный гепатит В и алкогольная болезнь печени. За последние несколько десятилетий появились два других заболеваний, вносящих существенный вклад в заболеваемость: хронический гепатит С и неалкогольная жировая болезнь печени. Вирус гепатита С передается с кровью через небезопасные инъекции и терапевтическое использование зараженных продуктов крови.

В качестве терапии неселективные бета-блокаторы (надолол или пропранолол) могут назначаться отдельно или в сочетании с эндоскопической терапией, чтобы уменьшить давление в варикозно-расширенных венах и снизить риск кровотечения. Неселективные бета-блокаторы также назначают для предотвращения первого кровотечения из варикозно расширенных вен у больных с высоким

ИнтерНьюс

За посягательство на жизнь врача могут ввести пожизненный срок

Минздрав России разработал законопроект, который вводит в главу 25 УК РФ («Преступления против здоровья населения») статью 238.2 — «Посягательство на медицинское работника в связи с осуществлением профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи», согласно которой «посягательство на жизнь медицинского работника в связи с осуществлением профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи наказывается лишением свободы на срок от 12 до 20 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет, либо пожизненным лишением свободы». Как следует из проекта, применение насилия, не опасного для жизни или здоровья, либо угроза применения насилия в отношении медицинского работника — в связи с осуществлением профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи — будет караться штрафом до 200 000 руб. или в размере дохода осужденного за период до 18 месяцев. Также за такие действия предлагается давать до 5 лет лишения свободы или принудительных работ или до шести месяцев ареста. Применение насилия, опасного для здоровья, предлагается наказывать лишением свободы на срок до 10 лет.

<https://ria.ru/society/20161121/1481823931.html>

В законе появится норма о прекращении ОМС в ряде случаев

Законопроект об изменениях в персонализированном учете застрахованных в системе ОМС, в настоящее время находящийся на рассмотрении правительства, предусматривает введение новой нормы о прекращении обязательного медицинского страхования в ряде случаев, сообщил заместитель председателя ФФОМС Юрий Нечепоренко на расширенном совещании Совета директоров территориальных фондов ОМС.

«В готовящемся законопроекте появится новое понятие — прекращение обязательного медицинского страхования. В действующем законе такой нормы нет. До этого момента страхование прекратиться не могло. Сейчас вводится три направления, по которым это может случиться: смерть застрахованного, прекращение гражданства РФ и переход человека в категорию военнослужащего или приравненного к нему. В этих случаях полис ОМС будет признаваться недействительным», — сказал он, пояснив, что это позволит решить проблему, когда сотрудники силовых ведомств, получающие медпомощь за счет бюджета, имеют также полис ОМС, что вносит путаницу в персонализированный учет. «Существует такое понятие, как военнослужащие и приравненные к ним лица. Это сотрудники МЧС, МВД, ФСБ и подобных структур. У нас 9 федеральных ведомств, с которыми со следующего года мы будем вести информационное взаимодействие. В его рамках определенные специалисты этих ведомств получат доступ к единому регистру застрахованных лиц, чтобы обеспечить контроль за своевременной сдачей сотрудниками полисов ОМС, если они у них есть», — рассказал замглавы ФФОМС. Он добавил, что законопроект предполагает ответственность граждан, не сдавших недействительный полис ОМС или не сообщивших о его утере в течение 30 дней, и пояснил, что сдать полис можно будет, подав заявление в любую страховую медицинскую организацию любого территориального ФФОМС, независимо от того, где человек застрахован. По его словам, ФФОМС также наладит информационное взаимодействие с МВД, «которое будет нам ежемесячно на федеральном уровне сообщать информацию о гражданах, поменявших гражданство».

«В их отношении будет прекращено и ОМС. Вся эта информация будет доводиться до территориальных фондов, а они уже должны будут актуализировать единый регистр застрахованных лиц», — уточнил он.

ФФОМС расширит и взаимодействие с ЗАГСами, которые будут сообщать о перемене фамилии в связи с заключением или расторжением брака, установлением отцовства или по другим причинам.

<https://ria.ru/ffoms/20161125/1482183485.html>

Продолжение на стр. 7

ИнтерНьюс

Отторжения не будет

ФМБА создает банк кожи, которую при пересадке иммунная система пациентов будет воспринимать как свою.

Ученые ФНКЦ физико-химической медицины разработали технологию искусственного выращивания кожных покровов с пониженной иммуногенностью. Эти препараты востребованы для экстренного лечения ожоговых пациентов. После прохождения клинических испытаний и начала массового производства препарата будет создан федеральный банк кожи. По данным Росстата, в РФ ежегодно фиксируется около 300 тысяч случаев термических и химических ожогов. Это составляет 6,67% от всех случаев поверхностных травм.

Как рассказал генеральный директор ФНКЦ ФХМ Вадим Говорун, «один из наших проектов — подготовка образцов или препаратов кожи, которые будут обладать очень низкой иммуногенностью. Современные генно-клеточные технологии позволяют вырастить кожу, не вызывающую иммунного ответа. Препарат изготавливается из клеток одних людей, а лечить будет других, не вызывая отторжения организмом. Таким образом мы сможем избежать основную проблему, возникающую при трансплантации органов. Выращенные нами трансплантаты не распознаются организмом как чужие. Они ничьи», — сказал он. По словам Говоруна, замороженные препараты кожи могут храниться очень долго. После разморозки в культуральной среде клетки оживают, и кожа становится пригодной для пересадки. Препараты кожи с пониженной иммуногенностью необходимы прежде всего для экстренных случаев. Например, для ожоговых больных, когда нет времени на выращивание трансплантатов из клеток самих пациентов или нет возможности пересадить пациенту его собственную кожу.

Центр ставит перед собой задачу наладить производство препаратов такой кожи впрок — чтобы она хранилась в замороженном состоянии и, по мере необходимости, например при поступлении ожоговых пациентов, была быстро доставлена на место. Работа над препаратом ведется интенсивно. К середине 2017 года ФНКЦ ФХМ будет создан банк, где будут храниться образцы искусственной кожи. «Практическое использование начнется с проведения клинических исследований. К этому моменту мы ожидаем, что Минздрав РФ разработает нормативные акты к закону «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов», — сказал Вадим Говорун.

Как пояснил заведующий лабораторией биомедицинских технологий ФНКЦ ФХМ Сергей Киселев, для изготовления неиммунного препарата обычные клетки кожи, взятые у донора, подвергаются процедуре репрограммирования (возвращаются в эмбриональное состояние), в результате чего долгое время остаются пригодными к дальнейшей работе. Понижение иммуногенности препарата достигается за счет инактивации отдельных генов. Заведующая научной лабораторией трансплантации клеток и иммунотипирования НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Наталья Боровкова рассказала, что на практике сейчас применяется несколько технологий производства трансплантатов кожи. Первая — это препараты донорской кожи, высушенной особым образом для длительного хранения. Ею можно прикрыть поврежденный участок, но на ограниченное время, так как начинается отторжение. И вторая — так называемые дермальные матриксы. Это кожа, очищенная от клеток (именно они вызывают отторжение), но сохранившая все внеклеточные структуры. Такая повязка может гораздо дольше закрывать рану. «При лечении поверхностных ожогов также используются препараты из коллагена — белка, присутствующего в коже человека. Если говорить о клеточной терапии, то предпочтение отдают фибробластам. Их подсаживают на рану и обычно применяют в комбинации с коллагеновыми повязками или дермальным матриксом», — уточнила Боровкова.

<http://izvestia.ru/news/647129>

12.09.16 прилетел я в Дудинку, где мы проводим массовое обучение всех сестер района всяким премудростям по всем дисциплинам. Задействованы сразу несколько кафедр. Кто-то по скайпу ведет занятия, кто-то — очно. Но мне любопытно было сюда попасть: просто так сюда на машине не приедешь, дорог нет. В аэропорту непривычно проверяют паспорта: Норильск город полузакрытый.

П. Воробьев

Путевые заметки профессора с курса для медицинских сестер в Дудинке



В гостинице — как в сауне. Градусов 50—60. Начался отопительный сезон. Укутанная покрывалом батарея и настезь открытое окно примирили меня с банной температурой в комнате. Спать приходится без одеяла и даже простыней укрылся я только через 2 дня. А так — все раскалено.

Такое впечатление, что топить тут могут только на полную мощь. А погода — до +20 на улице, хожу в рубашке.

Дудинка — небольшой городок на берегу Енисея и р. Дудинки. Вдоль берега рек — сплошные порты. На Дудинке вылавливают бревна из плотов, пришедших сверху.

На Дудинке вылавливают бревна из плотов, пришедших сверху. Навалены огромные деревянные биржи. Говорят, несколько лет назад горело, погибло несколько пожарных. Вообще про здешние катастрофы «на большой земле» не известно ничего. Среди них: перевернулся и затонул где-то у причала в Красноярске корабль, шедший в Дудинку, в трюме которого были заперты незаконные мигранты с семьями, детьми. Было это лет десять назад. Никто не выбрался. И — полная тишина.

Порт Дудинка работает непрерывно. Суда тянут грузы по «северному заводу» — круглогодичная навигация по Северному морскому пути, а отсюда уже развозят по поселкам вдоль реки. Корабли «снуют» постоянно по северному ходу до Архангельска, я так понимаю — неделю пути всего. Они и сами могут колоть небольшой — до полуметра — лед, а в Ледовитом океане стоят, ожидая их, атомные ледоколы.

Новый корабль, с возможностями ледокола, «Надежда», норвежской постройки — контейнеровоз. Красного цвета. Их тут 3 и они называются «морковки». За цвет. Выгрузка идет 2—4 дня и днем и ночью. По мне — корабль не очень большой, почему так долго разгружают — не пойму. В Финляндии и Германии такой контейнеровоз разгружается за час. Но главное — название «Надежда» постоянно встречается в топонимах ГУЛАГа.

Часть грузов приходит летом из Красноярска. Баржи на рейде, в основном, с песком для производства никеля. Нефтеналивник. Везут сюда топливо, огромные цистерны стоят на сопке близ города. Вроде делали бензин из газоконденсата, но уж очень низкого качества, его могли есть только наши ЗИЛы и ГАЗы, а нынешние машины — отказываются.

В порт выйти нельзя — сразу отследят и арестуют. Везде надписи с запрещением. В половодье все краны отгоняют повыше, чтобы не залило. Рельсы корежит ледоходом, вырывает и плиты. Когда в июне вода сходит — все восстанавливают вновь. Чуть выше порта — кладбище портовых кранов. Стоят машины, сгрудившись, подпирая бока друг другу. Между ними соорудили за месяц вертолетную площадку, когда предполагалось, что сюда прилетит Путин. Не прилетел. Площадка пустует, так как в основном садятся на площадке за городом, на сопке. И недалеко совсем — мемориал сталинским соколам — первопроходцам Норильлага, прибывшим сюда пароходом в 35 году. Их было всего-то тысяча

человек. Не подумайте, что мемориал жертвам репрессий — наоборот, вполне себе позитивный такой мемориал. Ни слова про ЗК.

Два огромных бетонных дебаркадера, высотой метров 20—30, между ними далеко внизу болтаются причал для пассажирских судов.

На берегу — местная русалка без хвоста — девушка, ждущая своего рыбака. Ближе к музею есть и рыбак с неводом. Оба — ненцы, смотрят друг на друга. На площади перед музеем стоит памятник Ильичу и открывается прекрасный вид на Енисей. Ширь неоглядная. Как выше острова, так и ниже. Подъем

воды в половодье — до 25 метров, разлив реки — до 100 км. Представить себе воочию все это трудно, не увидев. А так река относительно не широка, километра полтора-два до острова и пару-тройку — после него. На острове был аэродром, но несколько лет назад вода поднималась высоко, залила город и аэродром смыло. Малая авиация летать сюда перестала. В разлив разгрузка кораблей идет на рейде малыми баржами, и уже с них — выгружают на берег. В основном — контейнеры. Еще есть ледники: прорубленные в вечной мерзлоте шахты, с температурой — 18 градусов, заваленные сверху всякой щепой и дрянью для сохранения холода. Работает всего 1—2 из десятка таких ледников, да и то — все превратилось сверху в гниль.

Городок всего-то 10 квадратных километров, два — в глубину от реки и 5, видимо, в длину, вдоль реки. Сейчас — почти исключительно кирпичные и панельные пятиэтажные дома. Стоящие хаотично. Проезды между домами — оказались улицами. Иногда дома стоят подряд, четные и нечетные. По одной стороне — дома одной улицы,

по другой — другой улицы. Иногда — вроде как бульвары даже, но посередине такого бульвара идет труба с горячей и холодной водой. Трубы тут поверх земли извиваются. Часть труб постепенно убирается под землю. Вместе идет горячая, холодная вода и канализация. Кое-где есть тротуары, кое-где не понятно — это тротуар или проезжая часть. Говорят, была тут раньше карта всяких озер и ручьев, да потеряли ее, и теперь никто не знает — где можно строить дома. Вот и

человек. Не подумайте, что мемориал жертвам репрессий — наоборот, вполне себе позитивный такой мемориал. Ни слова про ЗК.

Два огромных бетонных дебаркадера, высотой метров 20—30, между ними далеко внизу болтаются причал для пассажирских судов.

На берегу — местная русалка без хвоста — девушка, ждущая своего рыбака. Ближе к музею есть и рыбак с неводом. Оба — ненцы, смотрят друг на друга. На площади перед музеем стоит памятник Ильичу и открывается прекрасный вид на Енисей. Ширь неоглядная. Как выше острова, так и ниже. Подъем

воды в половодье — до 25 метров, разлив реки — до 100 км. Представить себе воочию все это трудно, не увидев. А так река относительно не широка, километра полтора-два до острова и пару-тройку — после него. На острове был аэродром, но несколько лет назад вода поднималась высоко, залила город и аэродром смыло. Малая авиация летать сюда перестала. В разлив разгрузка кораблей идет на рейде малыми баржами, и уже с них — выгружают на берег. В основном — контейнеры. Еще есть ледники: прорубленные в вечной мерзлоте шахты, с температурой — 18 градусов, заваленные сверху всякой щепой и дрянью для сохранения холода. Работает всего 1—2 из десятка таких ледников, да и то — все превратилось сверху в гниль.

Городок всего-то 10 квадратных километров, два — в глубину от реки и 5, видимо, в длину, вдоль реки. Сейчас — почти исключительно кирпичные и панельные пятиэтажные дома. Стоящие хаотично. Проезды между домами — оказались улицами. Иногда дома стоят подряд, четные и нечетные. По одной стороне — дома одной улицы,

по другой — другой улицы. Иногда — вроде как бульвары даже, но посередине такого бульвара идет труба с горячей и холодной водой. Трубы тут поверх земли извиваются. Часть труб постепенно убирается под землю. Вместе идет горячая, холодная вода и канализация. Кое-где есть тротуары, кое-где не понятно — это тротуар или проезжая часть. Говорят, была тут раньше карта всяких озер и ручьев, да потеряли ее, и теперь никто не знает — где можно строить дома. Вот и

человек. Не подумайте, что мемориал жертвам репрессий — наоборот, вполне себе позитивный такой мемориал. Ни слова про ЗК.

Два огромных бетонных дебаркадера, высотой метров 20—30, между ними далеко внизу болтаются причал для пассажирских судов.

На берегу — местная русалка без хвоста — девушка, ждущая своего рыбака. Ближе к музею есть и рыбак с неводом. Оба — ненцы, смотрят друг на друга. На площади перед музеем стоит памятник Ильичу и открывается прекрасный вид на Енисей. Ширь неоглядная. Как выше острова, так и ниже. Подъем

воды в половодье — до 25 метров, разлив реки — до 100 км. Представить себе воочию все это трудно, не увидев. А так река относительно не широка, километра полтора-два до острова и пару-тройку — после него. На острове был аэродром, но несколько лет назад вода поднималась высоко, залила город и аэродром смыло. Малая авиация летать сюда перестала. В разлив разгрузка кораблей идет на рейде малыми баржами, и уже с них — выгружают на берег. В основном — контейнеры. Еще есть ледники: прорубленные в вечной мерзлоте шахты, с температурой — 18 градусов, заваленные сверху всякой щепой и дрянью для сохранения холода. Работает всего 1—2 из десятка таких ледников, да и то — все превратилось сверху в гниль.

Городок всего-то 10 квадратных километров, два — в глубину от реки и 5, видимо, в длину, вдоль реки. Сейчас — почти исключительно кирпичные и панельные пятиэтажные дома. Стоящие хаотично. Проезды между домами — оказались улицами. Иногда дома стоят подряд, четные и нечетные. По одной стороне — дома одной улицы,

по другой — другой улицы. Иногда — вроде как бульвары даже, но посередине такого бульвара идет труба с горячей и холодной водой. Трубы тут поверх земли извиваются. Часть труб постепенно убирается под землю. Вместе идет горячая, холодная вода и канализация. Кое-где есть тротуары, кое-где не понятно — это тротуар или проезжая часть. Говорят, была тут раньше карта всяких озер и ручьев, да потеряли ее, и теперь никто не знает — где можно строить дома. Вот и

человек. Не подумайте, что мемориал жертвам репрессий — наоборот, вполне себе позитивный такой мемориал. Ни слова про ЗК.

Два огромных бетонных дебаркадера, высотой метров 20—30, между ними далеко внизу болтаются причал для пассажирских судов.

На берегу — местная русалка без хвоста — девушка, ждущая своего рыбака. Ближе к музею есть и рыбак с неводом. Оба — ненцы, смотрят друг на друга. На площади перед музеем стоит памятник Ильичу и открывается прекрасный вид на Енисей. Ширь неоглядная. Как выше острова, так и ниже. Подъем

воды в половодье — до 25 метров, разлив реки — до 100 км. Представить себе воочию все это трудно, не увидев. А так река относительно не широка, километра полтора-два до острова и пару-тройку — после него. На острове был аэродром, но несколько лет назад вода поднималась высоко, залила город и аэродром смыло. Малая авиация летать сюда перестала. В разлив разгрузка кораблей идет на рейде малыми баржами, и уже с них — выгружают на берег. В основном — контейнеры. Еще есть ледники: прорубленные в вечной мерзлоте шахты, с температурой — 18 градусов, заваленные сверху всякой щепой и дрянью для сохранения холода. Работает всего 1—2 из десятка таких ледников, да и то — все превратилось сверху в гниль.

Городок всего-то 10 квадратных километров, два — в глубину от реки и 5, видимо, в длину, вдоль реки. Сейчас — почти исключительно кирпичные и панельные пятиэтажные дома. Стоящие хаотично. Проезды между домами — оказались улицами. Иногда дома стоят подряд, четные и нечетные. По одной стороне — дома одной улицы,

по другой — другой улицы. Иногда — вроде как бульвары даже, но посередине такого бульвара идет труба с горячей и холодной водой. Трубы тут поверх земли извиваются. Часть труб постепенно убирается под землю. Вместе идет горячая, холодная вода и канализация. Кое-где есть тротуары, кое-где не понятно — это тротуар или проезжая часть. Говорят, была тут раньше карта всяких озер и ручьев, да потеряли ее, и теперь никто не знает — где можно строить дома. Вот и

человек. Не подумайте, что мемориал жертвам репрессий — наоборот, вполне себе позитивный такой мемориал. Ни слова про ЗК.

Два огромных бетонных дебаркадера, высотой метров 20—30, между ними далеко внизу болтаются причал для пассажирских судов.

На берегу — местная русалка без хвоста — девушка, ждущая своего рыбака. Ближе к музею есть и рыбак с неводом. Оба — ненцы, смотрят друг на друга. На площади перед музеем стоит памятник Ильичу и открывается прекрасный вид на Енисей. Ширь неоглядная. Как выше острова, так и ниже. Подъем

воды в половодье — до 25 метров, разлив реки — до 100 км. Представить себе воочию все это трудно, не увидев. А так река относительно не широка, километра полтора-два до острова и пару-тройку — после него. На острове был аэродром, но несколько лет назад вода поднималась высоко, залила город и аэродром смыло. Малая авиация летать сюда перестала. В разлив разгрузка кораблей идет на рейде малыми баржами, и уже с них — выгружают на берег. В основном — контейнеры. Еще есть ледники: прорубленные в вечной мерзлоте шахты, с температурой — 18 градусов, заваленные сверху всякой щепой и дрянью для сохранения холода. Работает всего 1—2 из десятка таких ледников, да и то — все превратилось сверху в гниль.

Городок всего-то 10 квадратных километров, два — в глубину от реки и 5, видимо, в длину, вдоль реки. Сейчас — почти исключительно кирпичные и панельные пятиэтажные дома. Стоящие хаотично. Проезды между домами — оказались улицами. Иногда дома стоят подряд, четные и нечетные. По одной стороне — дома одной улицы,

по другой — другой улицы. Иногда — вроде как бульвары даже, но посередине такого бульвара идет труба с горячей и холодной водой. Трубы тут поверх земли извиваются. Часть труб постепенно убирается под землю. Вместе идет горячая, холодная вода и канализация. Кое-где есть тротуары, кое-где не понятно — это тротуар или проезжая часть. Говорят, была тут раньше карта всяких озер и ручьев, да потеряли ее, и теперь никто не знает — где можно строить дома. Вот и

Дудинка — небольшой городок на берегу Енисея и р. Дудинки. Вдоль берега рек — сплошные порты. На Дудинке вылавливают бревна из плотов, пришедших сверху.

...недалеко совсем — мемориал сталинским соколам — первопроходцам Норильлага, прибывшим сюда пароходом в 35 году. Их было всего-то тысяча человек. Не подумайте, что мемориал жертвам репрессий — наоборот, вполне себе позитивный такой мемориал.

Начало на стр. 4 ↗

лепят их на местах снесенных барачков. Газа в домах нет, готовят на электричестве. Повсеместно. Значит — меньше полотантов и должно быть меньше ХОБЛ. Здесь нигде нет изб, все живут в домах или балках. В Дудинке есть и 9 этажные дома с лифтами, но больше пятиэтажек. Дефицита квартир нет, примерно 30% фонда пустует.

На следующий год будет 80-летие больницы и 350-летие города. Поэтому уже сейчас аляповато красят стены в бело-синий цвет: просто по кирпичу из пульверизатора. Неровно. Вблизи смотрится страшновато. А днем дико воет краской.

Когда-то Дудинка была местом ссылки. Еще начиная с царских времен. Но главная ссылка тут была при Сталине. Судя по тому, что удалось прочитать, сюда ссылали прямо

накануне войны прибалтов и финнов (буквально — 16 июня, за неделю до начала войны прошла высылка), а во время войны — немцев. Массово. Хотя были тут и корейцы и даже вьетнамцы. Была огромная смертность, в первый год вымерло до 70% переселенцев. Их заставляли сначала ловить рыбу, а потом уже — развивать какое-то сельское хозяйство. Позже растили тут и картошку, и капусту. Были скотные дворы, свиноферма. Насаждалось это репрессивными мерами и как только — сразу исчезло. А жаль. Сейчас нет ничего. И никто даже не помышляет об этом. Все живут в состоянии депрессии какой-то. Руки опущены. Все сельское хозяйство Таймыра — 200 свиней, около 10 коров и более 15 тысяч оленей. С последними понятно.

Больница здесь вроде как межрайонная. Всякие разные сократили как могли. Раньше на Диксоне была большая больница, теперь — только участковая. Да и то — на острове людей не осталось, город разморозили (полопалось отопление), а на земле, вместо тысяч, осталось человек 500. Все. На Диксоне работает врач общей практики, 3—4 раза в год — санрейс с экстренной помощью. Лететь туда километров 500, несколько часов на вертолете. Держать больницу — невозможно. Дело не только в дороговизне, дело — в отсутствии практики хирургической, например. Ну сколько на 500 человек операций в год? Какая там больница.

Да и в остальных поселках участковые больницы — одно название, там нет врачей. Говорят, раз в месяц делают туда вылеты из района. А так — только средний персонал. Врачи

сюда, в Дудинку, не очень едут, хотя появляются иногда по разным причинам. Миллиона за проезд в Дудинку не получишь, а в поселки — есть и поближе. Врачи если приезжают, то те, кто не смог жить в других местах:

наркоманы и алкаши, имеющие проблемы с законом, с семьями и т.д. Иногда приезжают киргизы. На Диксоне — анклав башкир — там глава района был башкир и притащил с собой шлейф. Из 3 целевых студентов в Дудинку вернулся только один. В этом году заставили «взять» себе на оплату интернатуры в Красноярском крае выпускников, может быть кто-то и придет. Я, правда, выразил скепсис: скорее всего, вернут деньги за интернатуру, думаю, там не больше 50—60 тысяч. Такими способами не заставить людей работать, а престиж профессии — нулевой.

Заработки тут приличные — по словам начмеда — от 40 тысяч и до больше сотни. Но и они не привлекают. Зарплата медсестры, это я у них спросил — 19 тысяч. Примерно 10 уходит на ЖКХ. Совмещений не дают — большого дефицита сестер нет и денег нет. В отличие от врачей, где дефицит аж 60%. Есть свой колледж, который готовит сестер, в частности — из «национальных кадров». Поэтому и не так сильно уезжают. А еще — сестры живут со своими мужьями и передвигаются вслед за ними. В общем — конца-краю гибели медицины пока не предвидится.

В этом году тут тоже, как на Ямале, был падеж скота, оленей, летом. Якобы от перегрева — типа тепловой удар их

хватил. Про сибирскую язву никто не говорит, но заставляют всех прививаться, в частности — медицинских работников. Глупость очевидная: возбудитель не передается от человека к человеку. Только от оленей. Но у нас ведь страна идиотов, готовых

рвать пуп там, где не надо. Оказывается, все сибироязвенные скотомогильники были сведены в картотеку у профессора Черкасского из ЦНИИ эпидемиологии, которым руководит В.И. Покровский. Так вот, после смерти все архивы вынесли на помойку. Всю картотеку уничтожили. А другой — реальной, официальной, просто в государстве нет. Как нет карты ручьев в Дудинке.

В Норильске открыли сосудистый центр, выделили несколько коек. Туда возят теперь больных с инсультом. А инфаркты лечат тут, сами делают тромболитис. Зачем возят инсульты — непонятно. Все равно в терапевтическое окно тромболитиса не попадают — ехать больше 100 км, а реабилитации там нет, как и тут. Но, приказы надо исполнять. Собираются строить там перинатальный центр. Вся медицина сводится к «центрам», на периферии работать некому, да и не надо. В Норильске есть и станция переливания крови, хотя донорские кровезаборы делают и в Дудинке. Тут остался лишь кабинет переливания с врачом-пенсционером. Зато все переливания делает один врач. Что, на мой взгляд — правильно. Она же владеет прерывистым плазмаферезом,

но делают его, как я понял, нечасто. Есть тут и гемодиализ, на котором 11 человек. Кто-то живет уже 13 лет. Здорово.

Рассказываю начмеду про МеДиКейс. Он рассчитан на работу парамедиков из домовых хозяйств в поселках, а здесь в поселках везде есть медсестры и фельдшера. Домовые хозяйства только у кочевников. Вот для них-бы — интересно. Я говорю — там связь нужна. Да есть у них связь, им дают и спутниковые телефоны, и сота по тундре берет. Но у нас, у них — главная проблема — это дети. В прошлом году умерло 11 детей. Кто от угарного газа, кого — приспали в пьяном виде, кого — заморозили и смерть от воспаления легких. Вот для них — чтобы сократить время вызова — такой чемаданчик был бы полезен. А то они вызывают санавиацию уже к почти умершему ребенку. Кстати, полет тут стоит около 130 тысяч в час. Не за пределами, если не считать расстояний.

Говорят, была тут раньше карта всяких озер и ручьев, да потеряли ее, и теперь никто не знает — где можно строить дома. Вот и лепят их на местах снесенных барачков.

Сама собой возникла тема взаимоотношений со СМИ. Они тут паршивые: как только возникает что-то скандальное, появляются корреспонденты России 24. Никакого позитива от них нет. Я говорю — надо работать с ними. Так взяли в штат одного журналиста на пресс-службу — толку ноль. Как и от юриста, который только успеваешь отмахиваться от жалоб. Страховые прессуют, недавно оштрафовали, что в поселке лечили гастрит без гастроскопии. А где ее там взять? На вертолете гонять в Дудинку? Выполнить федеральные стандарты невозможно, и несмотря на то что они являются необязательными, страховые за них штрафуют. Нужны клинические рекомендации, протоколы, а их нет. Я посетовал, что начиналось именно по такой схеме, но потом министры создали зазеркальную систему, из которой выбраться практически нельзя. Кстати, обнаружил в шкафу начмеда свой «Спутник интерниста» 1997 года издания. Читанный. Подписал. Пустячок, а приятно.

Дудинка была короткое время самостоятельным субъектом Федерации. Это когда Борис Ельцин объявил, чтобы «брали суверенитета столько, сколько сможете». Вот и тут взяли. Был период прямого финансирования из Москвы. Тогда даже перестроили брошенное общежитие под стационар, покрыли его кое-как утеплителем снаружи кирпичных стен и панелями. Но панели за 10 лет пообветрились, с них ключьями слезает синяя пленка, кое-где они отвалились и выяснилось, что утеплитель под ними прилажен кое-как. Поэтому, когда сильно дует в мороз — в больнице прохладно. Но на ремонт денег нет, просят-просят-обещают. Своими силами тут огромный объем работ.

Норильск — отдельное образование в составе нескольких городов и поселков. Все они — на расстоянии 100—150 км друг от друга максимум. Почему не сделать это единым районом — совсем не понятно. Тут всего-то поселков и городков несколько штук, может быть чуть больше десятка и наберется. Но все разделено, единого хозяина нет. Получается, что землю портит Газпром, спаивая местное население, экология хищнически уничтожается Норильскниелем, а население, в том числе коренное, кочевое (а тут вроде 5 народностей проживают) относятся к Дудинке. Она и отвечает «за все». Через нее идут транзитом грузы, в том числе — продукты, так как порт и корабли принадлежат Норильску. И уже оттуда продукты и товары возвращаются в Дудинку. По остаточному принципу.

Побывать тут и не захватить в Норильск — невозможно, неправильно. Я попросил главную сестру организовать такую поездку. Она ее сделала. Тут езды часа полтора, чуть больше 100 км. До аэропорта — совсем новая, только днями сданная дорога (строили ее всего 2 года), а от аэропорта — асфальт постарше. Не убитый, но с многочисленными провалами — линзами. Хотя насыпь и высокая, но дорога все время плывет. Скорее всего, нет под ней термоизолирующей прокладки, как это делают сейчас. Новая дорога тоже

страдает провалами, прямо на глазах образуются. Хотя тяжелой техники тут по ней не ездят — разве иногда пройдет трейлер. Люди не привыкли ездить по хорошей дороге: пока проехали 100 км — 2 машины в кюветах вверх тормашками. Ночная езда.

ДПС на дороге нет. Гаишники в Дудинке выходят на дорогу рядом со своим управлением. Добыча — ремни. Нас тормозили в 30 метрах от гостиницы. Я извинился, попросил отпустить лектора из Москвы. Но у водителя ремень через шею и его прессанули. Договорились, что он довезет меня и вернется добровольно. Отдал ему 500 руб., чтобы было не обидно: остановили-то из-за меня. Еще есть пост на въезде в Норильск.

Тундра грязного бурого цвета. Осень закончилась. Но на сопках золотистые лиственницы, иногда — ивняк вдоль реки с золотыми листьями. Затянулась тут осень, в это время часто уже ложится снег. Но зато видно всю грязь вдоль дороги, висящие цветные полиэтиленовые останки, брошенные шины, куски железа — трубы, иногда — какие-то детали. Сейчас начали металл вывозить на большую землю, в порту — гора вторчермета. Но столько валяется вокруг, что

Когда-то Дудинка была местом ссылки. Еще начиная с царских времен. Но главная ссылка тут была при Сталине.

Врачи ... в Дудинку не очень едут, ... если приезжают, то те, кто не смог жить в других местах: наркоманы и алкаши, имеющие проблемы с законом, с семьями...

ИнтерНьюс

Рынок лекарств от рака легких за 10 лет вырастет до \$27 млрд

По данным консалтинговой компании GlobalData, продажи препаратов для лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) вырастут в ближайшие 10 лет более чем в четыре раза, с нынешних \$6,2 млрд до \$26,7 млрд в 2025 году. Рост ожидается на восьми основных рынках — США, Франция, Германия, Италия, Испания, Великобритания, Япония и Китай. Прогноз сделан с учетом широкого распространения таргетной терапии в онкологии, в частности, с выпуском препаратов на основе ингибиторов механизма PD-1, которые производят такие компании, как Bristol-Myers Squibb, Roche и Merck.

«В 2015 году на рынке терапии НМРЛ в основном преобладали универсальные химиопрепараты и препараты направленного действия, на их долю приходится около 94% рынка, в то время как доля продаж таргетных биологических препаратов составила всего 6%, — поясняет аналитик GlobalData Цай Суан. — К 2025 году эта ситуация изменится, на новые препараты будет приходиться 65% от общего объема рынка НМРЛ, а остальные 35% распределяются между химиотерапией и препаратами направленного действия».

<http://www.vademec.ru/news/2016/11/24/rynok-preparatov-dlya-lecheniya-nemelkokletochnogo-raka-legkogo-vyrastet-k-2025-godu/>

Удмуртских главврачей обяжут бросить курить

С 1 января 2017 года глава Минздрава Удмуртии планирует заключать с руководителями медицинских организаций дополнительные соглашения, обязывающие их бросить курить. «Не бросишь — не можешь работать главным врачом, ставлю задачу — до истечения контракта ты должен бросить курить», — заявил журналистам министр здравоохранения республики Алексей Чуршин, пояснив, что региональное министерство таким образом хочет подать пример местным жителям. Следующий год в регионе решено объявить годом борьбы со злокачественными новообразованиями, так как они сегодня занимают второе место по причине смертности. А Чуршин подчеркнул, что будет проверять главврачей на специальных приборах, которые позволяют определить, курил ли человек в течение последнего месяца.

«Мне больно смотреть на некоторых наших главных врачей с большим стажем курения, имеющих одышку, избыточную массу тела. Мотивацию надо создавать людям», — заметил А. Чуршин, отметив, что региональное министерство пока еще не выработало меры, которые будут применяться к руководителям, не выполнившим новый пункт трудового договора. «Уволю ли я, будет зависеть окончательно от эффективности работы медицинской организации, как врач управляет», — сказал глава Минздрава Удмуртии.

<http://www.interfax.ru/russia/535090>

Смертность женщин от рака возрастет на 60% к 2030 году

К 2030 году смертность женщин от онкозаболеваний вырастет на 60%, сообщает CNN со ссылкой на доклад Американского онкологического общества, из которого следует, что к 2030 г. от рака умрут около 5,5 миллионов женщин.

Еще в 2012 г. рак стал второй после сердечно-сосудистых заболеваний причиной смерти женщин. Чаще всего женщины умирали от рака молочной железы, легких, шейки матки, колоректального рака. Чаще других диагностировали злокачественные опухоли молочной железы. Однако в Китае отмечался рост заболеваемости раком легких. Это, по мнению ученых, связано с тем, что в стране многие женщины — пассивные курильщицы, так как там курят более 50% мужчин. В странах Африки чаще диагностировали рак шейки матки. Причем эта форма рака чаще развивается у ВИЧ-инфицированных женщин.

Отмечается, что смертность от онкозаболеваний возрастет в странах с низким и средним уровнем дохода. Ученые заявляют о необходимости профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от рака.

<http://www.km.ru/zdorove/2016/11/09/ontologicheskie-zabolevaniya-i-borba-s-nimil787907-smernost-zhenshchin-ot-raka-v>

Продолжение на стр. 6 ↘

ИнтерНьюс

В США производителей обязали сообщать о ненаучности гомеопатических препаратов

Федеральная торговая комиссия США (FTC) обязала производителей гомеопатических препаратов доказывать эффективность своей продукции. В случае если они отказываются это сделать в соответствии с современными правилами исследования лекарств, на упаковке гомеопатических препаратов должно быть указано, что научных доказательств их эффективности не существует. Производители также будут обязаны указывать на упаковках, что действие таких препаратов основано исключительно на теориях, получивших распространение в XVIII веке, которые не признаются большинством современных исследователей в сфере медицины. «Для подавляющего большинства гомеопатических препаратов утверждение об их эффективности основано исключительно на теориях гомеопатов; исследований, осуществленных в соответствии с современными научными методами и подходами и доказывающих их эффективность, не проведено», — говорится в сообщении торговой палаты. Управление по продуктам и лекарствам США (FDA), которое занимается контролем качества лекарственных средств, в этом году также выступило против применения детских гомеопатических обезболивающих при прорезывании зубов.

<http://www.vademec.ru/news/2016/11/18/gomeopitiya-markirovka/>

Медиков обещают защитить от ВИЧ страхованием и шприцами нового поколения

В Госдуме обсудят возможность дополнительной защиты медиков от инфицирования ВИЧ — страхования за счет государства. Кроме того, защитить врачей от инфекции помогут и так называемые «умные» шприцы, которые начнут производить в России уже в 2018 году. «Мы должны законодательно рассмотреть меры дополнительного страхования медицинских работников, особенно хирургов, за счет государства. Они нам рассказали о том, что маски мешают им работать точно, а кольчужные перчатки — совершать точные движения, что создает дополнительные риски послеоперационных осложнений у пациентов. Они вынуждены их снимать и честно в этом сознались. Поэтому постоянно возникает контакт с кровью пациента», — сказал член комитета по охране здоровья Госдумы Александр Петров на пресс-конференции, приуроченной ко Всемирному дню борьбы со СПИДом.

По словам Алексея Яковлева, главного врача петербургской инфекционной больницы им. Боткина, в этом году в стационаре было не менее трех случаев травмирования медиков, которым потребовался курс экстренной профилактики ВИЧ. Правда, эти случаи были связаны не с отказом от работы в перчатках или масках. «Сорвалась рука, лопнула пробирка, поскользнулся, — объясняет причины травм Алексей Яковлев. — Врачи знают, что в таких случаях надо бежать в Центр СПИДа, если травмирование или инфицирование происходит ночью — в Боткинскую больницу и сразу начинать профилактический курс антиретровирусной терапии. У нас есть утвержденные препараты, которые мы покупаем по городской программе. Это эффективная схема. За многие годы среди наших сотрудников, которые получили травмы на работе и прошли своевременную терапию, никто не заболел».

Еще одним способом защиты медиков от заражения ВИЧ могут стать так называемые умные шприцы, которые можно будет использовать только один раз. Как рассказала главный специалист по инфекционным болезням России Ирина Шестакова, их начнут производить в России уже в 2018 году.

«В октябре был подписан договор между Россией и Китаем о строительстве трех заводов по производству медицинского инструментария, защищенного от повторного применения, — сказала Ирина Шестакова. — Известно, что как в России, так и в мире на 100 манипуляций в 7 случаях происходит повреждение медицинских перчаток и даже кожных покровов медработников. Учитывая, что это очень важная проблема, — производство таких инструментов будет одним из больших направлений, позволяющих профилировать заражение инфекцией».

<http://doctorpiter.ru/articles/15737/>

Начало на стр. 4, 5 ↗

этого никогда не убрать. А теперь добавился и пластик, который несется ветром на километры и километры тундры. Говорят, кто-то хотел тут заводик по переработке пластика поставить, да не пошло. Жаль.

Ближе к Норильску — стоит старенький железнодорожный мост, на нем — кукушка, паровоз узкоколейки сталинских времен. Памятник. Рядом — новый железнодорожный путь. Раньше тут ходили электрички, теперь пассажирское сообщение снято, провода срезаны. Стоят кое-где остовы столбов вдоль пути.

Понятно, что дорога из никуда в никуда, но был удобный вид транспорта — нет теперь.

Около развилки в аэропорт — мертвый поселок авиаторов — 3—4 девятиэтажных дома с пустыми глазами, остатки ТЭЦ. Дальше — еще один поселок, работников комбината. Город Кайеркан. Дома с покрашенными в светлые краски фасадами. А вокруг — опять железо, трубы, грязь.

Сам комбинат — это поселок Надежда. Дорога обгибает его. Понять ничего нельзя. Сотни труб идут во всех направлениях. Все опутано и пронизано трубами. Цеха покрашены в синюю и голубую краску, которая местами сильно облезла. А на фоне ржавчины труб смотрится просто жутко. Внутрь всего этого ансамбля уходят гравийные дороги. Какие-то парящие бассейны, в которых идет разбрызгивание воды через фонтаны. Какие-то насыпи, отвалы, транспортеры, поднятые на высоту. Зрелище — устрашающее. Размеры всего этого исчисляются в километрах. Здесь надо было снимать сталкера — во всем этом есть что-то демоническое. Поселок Надежда! Перечеркнутая на дорожном указателе.

Вокруг, насколько хватает глаз, — какие-то разработки, шахты, съезды с запретом движения по ним. Что из этого свежее, что — брошено — понять нельзя. Куда-то

идут оборванные линии электропередач на деревянных столбах, куда-то — змеятся трубы, одетые то в оцинкованное железо, то в дерево, а то и просто. Уходят в землю, неожиданно выныривают из нее. Какие-то сваи, забитые и брошенные. Фундаменты разрушенных строений.

За поселком впереди появляется город. До него несколько километров. И опять — трубы, железо, мусор. Пост ГАИ. Светофор. Все, собственно город начался. Справа и слева водоемы, что-то, говорят, не замерзает. Берега — сплошь строительный мусор, хотя в одном из озер местные купаются. Тут же проходят ежегодные соревнования по противопожарной безопасности. Я спрашиваю у водителя Алексея, участвующего в этом, — какого плавать в серной кислоте. Лично у меня ощущение, что все здесь пропитано ядами и миазмами. Сегодня, говорит Алексей, еще нет выброса, а когда идет выброс (не очень понял — чего), то во рту появляется противная оскомина. Впрочем, у меня она появилась, видимо, от воды в Дудинке: пить из под крана можно, но какой-то привкус у нее есть, а поскольку на ней готовят все, то он постоянно остается. Или мне мерещится? Как будто после крепкого чая вяжет немного. Водозабор из открытого озера, трубы — старые и никто не знает — какого они качества. Говорят, воду отстаивают, хлорируют, дают уйти запахам, и лишь потом пускают в водопровод. Впрочем, вкусовых качеств это не добавляет.

Город ярко крашенных домов. В светлых тонах — розовых, желтых, салатных. В центре — покрасивее, на периферии — облезло. Главная улица — проспект Ленина, как обычно для таких городов — построен как Невский проспект. Других главных улиц в стране нет. Не знаю, что тут вообще от Невского, но эту тему мы уже слышали в Комсомольске-на-Амуре. Дома тут — «сталинский вампир», попугайной раскраски. Часто встречаются колоннады. В начале проспекта — большой бюст Ленина.

Зашли в музей. Нас сразу отправили на 3-й этаж, там, собственно, и расположен музей. Внизу этажа — выставка по поводу юбилея Норильска — 80 лет в 2015 г. отмечали, а на полатах — стенды, посвященные ГУЛАГУ. Спрашивал про Мемориал — никто про него не знает. Даже путь на Голгофу с трудом рассказали, примерно, так: конечная 17-го маршрута. Стендов много, они все одинаковые: персона и несколько справок на нее. Истории нет, по-сути. Хорошие лица. Много инженеров, геологов, врачей. Это — понятно. Но ни карты лагерных пунктов, ничего собственно «исторического» нет. Лишь наглядный материал. Даже про восстание — только персоналии. Хотя и это здорово: все-таки память есть.

Всего через Норильлаг прошло с 1935-го по 1956-й год более 300 тысяч ЗК. Сюда был отбор, не присылались нетрудоспособные. И это — не считая спецпоселенцев, число которых тоже измеряется десятками тысяч. Лагпункты были тут повсюду, в Дудинке — несколько на железной дороге, в порту, на заводах. Где они были — понять уже нельзя. Все стерто, даже бараков не осталось. Но общая бесхозность, неустроенность — отзвуки тех лет. Частью Норильлага, хотя

Выполнить федеральные стандарты невозможно, и несмотря на то что они являются необязательными, штрафуют. Нужны клинические рекомендации, протоколы, а их нет.

Здесь надо было снимать сталкера — во всем этом есть что-то демоническое. Поселок Надежда! Перечеркнутая на дорожном указателе.

Всего через Норильлаг прошло с 1935-го по 1956-й год более 300 тысяч ЗК. Сюда был отбор, не присылались нетрудоспособные. И это — не считая спецпоселенцев, число которых тоже измеряется десятками тысяч.

Рыбы, флора, фауна Таймыра. Обидное название — ландур, вислужий олень. Так называли неприятных людей.

формально — самостоятельным — был Горлаг. Там в мае-августе 53-го произошло первое многомесячное восстание против ГУЛАГа (тут могу ошибаться, что первое), погибло более 150 человек. Но с этого времени ГУЛАГ начал разваливаться. Восстания продолжались в Воркуте, Джезказгане. Кстати, заключенные собственно Норильлага восстание не поддержали, так как тут были сносные условия, зачеты сроков и т.д. А Горлаг был каторжным, там ЗК терять было нечего.

Долго рыскали по старому городу и каким-то промзонам, спрашивали на остановке у в дым пьяных рабочих — как найти Голгофу. Райончик. Размеры всего тут какие-то колоссальные. Какие-то базы, склады, склады труб — все в километрах. Это все — подножия горы Шмидта. Грязная, пыльная, абсолютно неприбранная территория. Но дороги, пусть и невысокого качества, — все же есть. Встретили мы и 17-й маршрут, вот только он куда едет зигзагами и как — понять не возможно. Горная улица петляет. На ней всего-то несколько домов, а между ними — километры. Ибо дома эти — какие-то корпуса управленческие, а между ними промышленные дворы. Наконец догадался набрать просто «Голгофу, Норильск» и... Яндекс показал — куда ехать.

Среди всего этого страха — небольшая покатая асфальтированная площадка для машин и выгороженная территория с памятниками. Вход — через имитацию колокольни с колоколом, который не так просто раскатать. На польских захоронениях в Катюни и Медном качаешь сам колокол, а здесь веревкой надо раскатать язык. Но амплитуда возможного движения мала, и не сразу удастся докататься до звука.

Памятники расположены на трех террасах, усыпанных белоснежным гравием. Все очень чисто и аккуратно. Сама площадка ограждена сзади бетонной стеной, предотвращающей попадание

сюда грязи с горы — селя. В центре — стилизованные приоткрытые ворота в ад. Еще один памятник — рельсы, уходящие в небо, шпалами у которых являются деревянные кресты. Это — памятник полякам. Есть памятники прибалтам — кресты с досками и фамилиями, эстонцы сделали пирамиду. Чем-то напоминает «ворота в ад» и минора — она тоже разделена пополам и раздвинута немного. Ее несколько лет назад местные антисемиты покрасили, и теперь написано, что ведется видеонаблюдение. Есть доска на японском. Самый большой памятник и самый невыразительный — часовня. Конечно, то, что она есть — неплохо, но как-то хотелось чего-то иного, более символического.

Кстати, место это — часть бывшего кладбища ЗК. Тут попытались что-то строить, но местные «мемориальцы» отстояли это место. Молодцы. Не так у нас много вообще памятников жертвам ГУЛАГа, а тем более — в реальных местах.

Прямо над Голгофой видятся входы в штольни — они метрах в 200—300 наверху, здания кирпичные. Кажется тут добывали уголь. Пласты располагались горизонтально. От штолен сохранились дороги, по которым откатывали пустую породу. На деревянных столбах. Наверху, сколько можно было разглядеть — изогнутые, изломанные

рельсы, по которым катали вагонетки. И сами огромные отвалы. Вначале точно катали вручную, что сохранилось — не знаю, может быть уже и техника работала. Но это, пожалуй, единственное, что я увидел и идентифицировал как остатки лагерного.

Последний день я показывал фильм про поездку на Колыму в поисках справедливого здравоохранения в 12-м году. Многие мотивы, пейзажи, истории про мертвые города и мертвые души нашли понимание у слушателей: здесь все аналогично.

Потом нас сводили на «обряд посвящения» в таймырцы — небольшое представление с шаманом и наряженными девушками в неясных этнически одеждах. Это происходит в некоем центре творчества, куда ходят дети рисовать и заниматься всякой эстетикой. Вообще тут востребована и ледяная арена, которую открыли недавно, и бассейн, и спортзал, и кинотеатр. Делать-то нечего, когда река замерзает. Остается или пить горькую, или устраивать себе развлечения. Очень многие именно последним и заняты.

Музей в Дудинке в современном, специально построенном здании. Довольно равномерно представлены всякие экспозиции: чучело мамонтенка Жени, найденного в 2012 г. На берегу Енисея. Его забирали в Питер и теперь лежит якобы чучело. Руками не трогал, но мне показалось — муляж. Рядом воссозданный скелет этого мамонтенка, он на 80% сохранился, вырезанный из шкуры препарат анального отверстия и полового органа, куски мышечной ткани. Препараты за стеклом, а само чучело нет? Не поверю.

Продолжение на стр. 7 ↗

Начало на стр. 4, 5, 6 ↗

Рыбы, флора, фауна Таймыра. Обидное название — лангур, visлоухий олень. Так называли неприятных людей. Дальше — стелды народов Таймыра. Их тут 5, нганасаны считаются наиболее древними, а долганы появились уже в эпоху освоения севера русскими. На мамонтенке Жене обнаружены следы воздействия человека, поэтому возник вопрос с нганасаны: они явно мо- ложе. Они считаются агрессивными, в пьянстве сразу хватаются за ножи. Жены режут мужиков прямо в сердце. Их осталось (или — есть — их никогда не было много) 700 человек. Своеобразная оде- жда — глухие комбинезоны, в которые прямо испражняются, так как снять это все не возможно. На ногах сапоги из шкуры, не имеющие никакой «современной» формы: прямые цилиндры от стопы. Так проще, говорят, доста- вать ноги в них из снега. Впрочем, насколько они являются народом понять нельзя, так как многие этниче- ские группы были придуманы в ста- линские времена — в 30-е годы — для разделения людей — разделяй и вла- ствуй. Мы знаем и более крупные «народы», появившиеся в то время «национальной политики», которые сегодня стали титульными в некото- рых новых странах. Ясно только, что пришли они с юга и запада, перемешиваясь по дороге с тунгусами и не имеют отношения к якутам.

Далее ненцы, энцы, эвенки, а вот последняя народность — долганы — отдельно интересна. Это помесь яку- тов, эвенков и, в том числе, русских. У них одежда из сукна, карманы нашиты, вышивка на рукавах. Язык — тюркской группы. Одежды здешние совсем не похожи на индейские и кетские. Видимо, не таймырцы предки ин- дейцев.

Русские сюда пришли из Мангазеи. У нас в учебниках истории про эту тему — походы поморов на кочах по северно- морскому пути, заход в реки Обь, Надым, Таз, переход их по земле до Туруханска, спуск на 400 км вниз до Дудинки, где возникло русское посе- ление и стали платить ясак — ничего не гово- рилось. Мангазея появилась официально в 1601 г., в годы царствования Бориса Годунова. Но до нее сюда поморы приходили точно лет сто, а может быть — и более. В Мангазее одновременно находилось до 1000 купцов, гарнизон дере- вянной крепости составлял несколько десятков человек. Кто же организовал это все, если это не было Московским княжеством.

Завоевание Сибири царской Россией казаками шло через Тобольск, Енисейск, Ерофей Павлович. Злые киргизы

и тунгусы, добрые кеты. Это — на 1000 км южнее и гораздо позднее: уже в полноценное царское время государства Московского. А эти-то кто были? Поморы? Это ведь не нация, не народ. Думаю — это новгородцы или близкие им люди, так как память об их существовании была вытравлена из истории еще Иваном Грозным. Между Иваном Грозным и Борисом Годуновым — 14 лет правления царя Федора. Что было в стране в тот период — не очень ясно. Но другого объясне- ния я не вижу — история была переписана. В 1619 г.

морской ход в Мангазею был запрещен боярами. Город стал быстро угасать и всего за 70 лет своего существования фак- тически исчез с лица земли. Алексей Михайлович — отец

Мангазея появилась официально в 1601 г., в годы царствования Бориса Годунова. Но до нее сюда поморы приходили точно лет сто, а может быть — и более.



Петра Первого повелел сделать Новую Мангазею в Туру- ханске.

Стенд экспедиции Э. Толля. На его поиски была отпра- влена экспедиция во главе с Колчаком. Его роль в экспеди- ции, по словам гида, сильно преувеличена. Он, например, сопротивлялся поискам пропавшей экспедиции Толля. Это больше укладывается в мою карти- ну мира, в кото- рой Колчак не са- мый позитивный герой. Но если при Советской власти эта тема — полярика-ученого — совсем не обсужда- лась, то качнувшийся маятник «разоблачений» привел к ми- фологизации роли Колчака во всем. Не будем забывать про расстрел им делегатов Учредительного собрания. Ленин-то разогнал, а Колчак — расстрелял.

(окончание статьи в № 12)

В 1619 г. морской ход в Мангазею был запрещен боярами. Город стал быстро уга- сать и всего за 70 лет своего существова- ния фактически исчез с лица земли.

Начало на стр. 2, 3 ↗

риском кровотечения. Но при циррозе печени и портальной гипертензии селективный бета-блокатор бисопролол и не метаболизируемый в печени лизиноприл улучшают цен- тральную и портальную гемодинамику и нормализуют эндо- телиальную дисфункцию.

А теперь про атеросклероз — болезнь кишечной микро- биоты и печени. Существует два пути поступления холесте- рина в организм, это эндогенный синтез (800 мг) и экзоген- ный синтез (400 мг). Потребность организма в холестерине 1,2 г в день, 80% холестерина синтезируется в печени, 20% — микробиотой толстой кишки. Резидентная (Bifidobacteria и бактерии, продуцирующие пропионовую кислоту) и транзи- торная (Lactobacillus helveticus) кишечная микробиота уча- ствует в обмене холестерина, синтезируя, трансформируя или разрушая экзогенные и эндогенные стиролы. Bifido- bacteria снижают уровень вывода холестерина из гепатоци- тов за счет ингибирования активности ГМГ-КоА-редукта- зы. Lactobacillus Gasseni снижает уровень липопротеидов низкой плотности. Гамма-интерферон и некоторые другие соединения микробного происхождения способны ускорять повышенный синтез холестерина в различных тканях макроорганизма, что обуславливает склонность к гиперхо- лестеринемии. Лица с ожирением имеют дисбиоз со сниже- нием Грам + бактерий (Bifidobacteria) и ростом Грам- бакте- рий (Enterobacteria, Streptococci).

Современная морбидность — это болезнь нашей микробиоты как результат хронических стрессовых рас- стройств, хронической интоксикации, денатурированных продуктов питания и фармакобиотиков. Следующее, что связано с сердечно-сосудистой патологией и заболеваниями органов кровообращения, это необструктивная мезенте- риальная недостаточность кровообращения. Снижение кровотока по основному непарным ветвям брюшной аорты в постпрандиальном периоде, сопровождающееся абдоми- нальной болью, вздутием и нарушением моторики кишки.

Показания к назначению аспирина — это профилактика инфаркта миокарда, инсульта, колоректальных полипов и рака. Но возникает высокий риск развития гастроинтести- нального кровотечения. Спектр НПВП-индуцированных поражений пищеварительного тракта — это эзофагиты, дис- пепсии, гастропатии, энтеропатии. Гастро- и энтеропатии опасны профузными желудочно-кишечными кровоте- чениями. Самое страшное, что даже тяжелое профузное кро- вотечение, развивающееся внезапно, может произойти на фоне кажущегося благополучия и отсутствия специфиче- ской симптоматики.

Вопрос: Если человек не контролирует печеночные фер- менты, принимает статины, при этом выпивает в серьезных количествах, сколько лет необходимо, чтобы возникла угро- за печени?

Ответ: На этот вопрос, я думаю, Вам никто не ответит, нужно просто регулярно делать фиброэластографию пе- чени.

Вопрос: Можно ли решать все проблемы, о которых Вы говорили, отменяя препарат, или все-таки это проблемы снижения дозы? Ведь все кардиоваскулярные препараты призывают смотреть аннотации к препарату.

Ответ: Мы наверняка помним фразу: «Искусство тера- певта определяется его умением балансировать препаратами наперстянки». Значит, нужно смотреть за симптомами. Или нужно заменять препарат, или уменьшать дозу, если это по жизненным показаниям.

Вопрос: У нас общепринято и уже доказано, что статины работают у молодых, в то же время существует недоказанная эффективность статинов у пожилых. Есть ли какие-то воз- растные критерии и критерии, которые позволят ограни- чить прием статинов в каком-то определенном возрасте?

Ответ: Во-первых, большинство людей с высоким уров- нем холестерина не доживают до пожилого возраста. Чтобы достичь пороговые цифры, нужно годами принимать стати- ны. Что для пожилых неактуально. Важно то, что мы хотим получить.

ИнтерНьюс

Парализованные обезьяны смогли снова ходить

Новое имплантируемое устройство по- могло парализованным обезьянам снова начать ходить. Устройство, созданное спе- циалистами из Федеральной политехниче- ской школы Лозанны (École polytechnique fédérale de Lausanne), было установлено двум парализованным макакам-резусам. Это произошло через 2 недели после того, как животные лишились возможности ходить. Повреждения были таковы, что обезьяны оказались парализованы лишь на несколько недель — именно потому имплантация была проведена так быстро. Проведение экспери- мента в столь сжатые сроки было обуслов- лено требованиями этической комиссии, в которой расписаны правила проведения экс- периментов над животными. Восстановле- ние подвижности у одной из обезьян прои- зошло спустя 6 дней после имплантации.

В своих предыдущих экспериментах группа ученых под руководством Грегори Куртина (Grégoire Courtine) научила парали- зованных крыс преодолевать препятствия и подниматься по лестнице, пытаясь добраться до пищи. Исследователи применили ком- плексную методику, используя медикамен- тозную терапию, электрическую стимуляцию и тренировки в роботизированной установке. В экспериментах с обезьянами ученые при- менили другой подход. Каждой обезьяне ус- тановили устройство, состоящее из 2 частей: сенсора, располагающегося в головном моз- ге, и стимулятора нервных окончаний в спин- ном мозге. Сенсор установили в области мо- торной коры — он был способен регистриро- вать сигналы, которые словной мозг отпра- влял к мышцам конечностей. Эти сигналы отправлялись, несмотря на то что травма спинного мозга препятствовала их передаче. Сенсор и стимулятор обменивались данны- ми между собой и компьютером без исполь- зования проводов. Имплантированное в го- ловной мозг устройство отправляло инфор- мацию к компьютеру, а тот передавал дан- ные к стимулятору. Он генерировал электри- ческие импульсы, стимулирующие нервы ак- тивировать мышцы, отвечающие за движе- ние — в результате этого животные вновь получили возможность ходить.

Животным не потребовались тренировки и обучение, однако ученые считают, что лю- дям потребуются какое-то время на адапта- цию. Ученым предстоит еще провести нема- ло исследований и выяснить, как именно го- ловной мозг человека управляет движением. Спинные имплантаты, разработанные ко- мандой из Швейцарии, уже начали устанавли- вать людям — сейчас их имплантирова- ли двум пациентам из восьми, отобранным для эксперимента.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2016/11/10/957monkey/>

Разработана трехмерная интерактивная карта развития эмбриона человека

Нидерландские ученые разработали ин- терактивную трехмерную модель эмбриона человека, позволяющую изучить сложные процессы, происходящие в первые 8 недель развития плода. Результаты исследования опубликованы в научном журнале Science.

Команда исследователей проанализиро- вала приблизительно 15 тысяч образцов тка- ней человеческого зародыша, собранных в коллекции эмбрионов института Карнеги. В результате ученым удалось определить около 150 органов и других структур и зафик- сировать их изменения на разных стадиях развития плода в течение 2 месяцев в 3D- модели. Как отмечает один из авторов иссле- дования доктор Бернадетта де Баккер (Ber- nadette de Bakker) из Амстердамского уни- верситета, большинство существующих учебников по описанию развития эмбриона основаны на давних наблюдениях и зача- стую содержат данные исследований, прово- димых на животных моделях. По ее словам, разработанная интерактивная карта предо- ставит возможность ученым, врачам и сту- дентам-медикам изучить сложные измене- ния, происходящие в течение первых недель развития человеческого плода. «Важно знать эмбриологию человека для понимания природы врожденных пороков развития», — подчеркивает автор исследования.

<http://www.medvestnik.ru/content/news/Razrabotana-trehmemaya-interaktivnaya-karta-razvitiya-embriona-cheloveka.html>

ИСТОРИЧЕСКАЯ ХРОНИКА

Владимир Михайлович Бехтерев, всемирно известный невропатолог, психиатр, физиолог, основатель отечественной школы психоневрологов, родился 1 февраля 1857 года в селе Сорали Вятской губернии. На выбор специальности повлиял перенесенный Бехтеревым недуг, душевное расстройство. Потому в Императорской Медико-хирургической академии он на старших курсах выбирает в качестве направления — нервные и душевные болезни. Впоследствии Бехтерев участвовал в Русско-турецкой войне 1877—1878 годов.

Бехтерев Владимир Михайлович



В 1881 году Владимир Михайлович защитил диссертацию на соискание степени доктора медицины по теме «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных заболеваний», а также получил ученое звание приват-доцента.

После ряда лет руководства кафедрой психиатрии в Казанском университете, в 1893 году Бехтерев возглавил кафедру душевных и нервных болезней Императорской Военно-медицинской академии, а также стал директором клиники душевных болезней Клинического военного госпиталя.

В 1899 году Бехтерев был избран академиком Военно-медицинской академии и награжден золотой медалью Российской академии наук. Недолгое время Владимир Михайлович исполнял обязанности начальника академии.

В.М. Бехтерев выступил с инициативой создания Психоневрологического института, и благодаря его стараниям в 1911 году появились первые здания института за Невской заставой. Вскоре он становится президентом института.

Активно участвовал Бехтерев и в общественной жизни. В 1913 году он принял участие в знаменитом политически ангажированном «деле Бейлиса». После выступления Бехтерева главный обвиняемый был оправдан, а экспертиза по его делу вошла в историю науки как первая судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Подобное поведение вызвало недовольство властей, и вскоре Бехтерев был уволен из академии, Женского медицинского института и не был утвержден на новый срок в качестве президента Психоневрологического института.

В.М. Бехтерев занимался исследованием значительной части психиатрических, неврологических, физиологических и психологических проблем, при этом в своем подходе неизменно ориентировался на комплексное изучение проблем мозга и человека. Он многие годы изучал проблемы гипноза и внушения.

Поддержка советской власти обеспечила ему относительно достойное существование и деятельность в новой России. Он работает в Наркомпросе, создает Институт по изучению мозга и психической деятельности. Однако альянс с властью был недолгим. Как великий ученый и независимый человек он тяготился складывавшейся в стране тоталитарной системой. В декабре 1927 года Владимир Михайлович скоропостижно скончался. Существует немало доказательств того, что смерть носила насильственный характер.

Урна с прахом Владимира Михайловича Бехтерева долгие годы хранилась в мемориальном музее ученого, в 1971 году была захоронена на «Литераторских мостках» Волковского кладбища. Известный отечественный скульптор М.К. Аникушин стал автором надгробного памятника.

Имя Владимира Михайловича Бехтерева носит Психоневрологический институт, а улица, на которой он расположен, также названа в

честь великого ученого. Здесь же находится памятник Бехтереву.

Урна с прахом Владимира Михайловича Бехтерева долгие годы хранилась в мемориальном музее ученого, в 1971 году была захоронена на «Литераторских мостках» Волковского кладбища. Известный отечественный скульптор М.К. Аникушин стал автором надгробного памятника.

http://hroniki.org/articles/kratkaja_biografija_bekhtereva

(Статья опубликована на портале «Хроники.орг», перепечатана по договоренности с редакцией портала)

Борис Положий:

«Необходимо просвещение населения по вопросам психического здоровья»

Суицидальная ситуация в нашей стране снижена, но остается на высоком уровне относительно мировой, отметили эксперты на пресс-конференции, состоявшейся в ТАСС накануне Всемирного дня психического здоровья и посвященной проблеме суицидов в России среди разных возрастных групп.

На встрече представителей ФМИЦПН имени В.П. Сербского, Следственного комитета РФ и других специалистов с журналистами обсуждались проблемы суицида и суицидентов в нашей стране, предупреждения суицидального поведения детей и подростков. Среди тем, поднятых экспертами, — создание Государственной программы профилактики суицидов, обучение врачей в общемедицинской практике диагностике суицидального поведения и депрессивных состояний пациентов, а также роль СМИ в формировании суицидальных тенденций.

Статистика, представленная руководителем ФМИЦПН имени В.П. Сербского, главным психиатром Минздрава России Зурабом Кекелидзе, констатирует, что в течение 10 лет суицидальная ситуация в РФ снизилась почти вдвое (в 1,9 раза): в 2005 году было 32,2 случая самоубийств на 100 тысяч населения, а в 2015 — 17,1. Снизилось за прошедшее десятилетие в России и число суицидов детей и подростков (в возрастных категориях от 0 до 14 лет и от 15 до 19 лет) — в 1,7 раза. Однако, увы, российские показатели по-прежнему превышают среднемировые. Так, в США и Франции в 2012 году зарегистрировано около 12 суицидов на 100 тысяч населения, в Германии — 9,2. Всего же в мире, по данным ВОЗ, ежегодно более 800 тысяч человек лишают себя жизни.

Зураб Кекелидзе рассказал, что в целях профилактики суицида вскоре в наших школах будет введен предмет «Психология» (в рамках «Основ безопасности жизнедеятельности»). Запланировано создание и издание справочника для родителей. Кроме того, в программу подготовки учителей начальной и средней

школ педвузов планируется введение предмет «Особенности детской и подростковой психологии».

Дети и подростки, жители регионов, в которых отмечена высокая частота самоубийств, этнические группы повышенного суицидального риска и совершившие попытку суицида лица должны стать, по утверждению руководителя отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФМИЦПН имени В.П. Сербского Бориса Положего, «основными категориями суицидологической профилактики».

А также жители сельских регионов, поскольку там количество суицидов вдвое превышает «городской» показатель.

«Необходимо интенсивное и целенаправленное просвещение всех групп населения по вопросам психического здоровья и предупреждения суицидального поведения», — заявил Борис Положий. Эксперт подчеркнул необходимость создания в стране государственной службы предупреждения самоубийств, — без которой, с его точки зрения, будет нелегко изменить отечественную суицидологическую ситуацию. Причем, по мнению психиатра, при разработке стратегии предотвра-

щения суицидов, непременно следует обратиться к международному опыту. Например, опыту Германии, Финляндии и Швеции, — странам, которым удалось существенно снизить число самоубийств.

Информацией о подготовке законопроекта об уголовной ответственности за склонение в детей и подростков к суициду в интернете поделился с журналистами зам.руководителя отдела процессуального контроля за расследованием преступлений, совершенными несовершеннолетними и в отношении несовершеннолетних, СК РФ Юлиан Коваль.

Одну из ведущих ролей в формировании суицидальных установок эксперты отделили СМИ, надеясь с их помощью снизить количество суицидов. Руководитель отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии Евгений Лобов, отметив вред романтизации самоубийства, рассказал в качестве примера об успешной работе средств массовой информации и сайтов антисуицидальной направленности в Австралии. Также Лобов подчеркнул актуальность и важность методики выявления признаков депрессии и суицидальных симптомов, назвав ее одним из «немногих научно доказанных методов профилактики самоубийств».

Юлия Седова

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: Ю. Седова (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) 225-83-74, 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»!