



Лонгрид — долгое чтение — формат подачи материала в Интернете, содержащем много букв. Лонгрид потому, что непросто все.

У нас на медицинском небосклоне — новый Супергерой, который уже в ближайшие дни спасет россиян от хвори (а в качестве побочного эффекта пополнит многочисленные бюджеты инвесторов всех мастей). Баринг Восток и Яндекс вкладываются в Doc+, Сбербанк покупает DocDoc, Яндекс запускает «Здоровье»... Закон о Телемедицине, удаленный доктор, медицинский Убер. Сначала содержание предыдущих серий.

1. Самые разные инвесторы заболели здравоохранением лет 5—7 назад. Интерес этот в инвесторской среде крепчал, хотя пепельная скорбь посещала их при рассмотрении «бизнес-планов», в которых были предусмотрены хотя бы крупницы этики. Кто-то вложил три копейки в очередной «медицинский бутик на Малой Арнаутской», самые мудрые охладели, но осталось немало горячих голов, пытающихся залатать брешь между «клиентским спросом на здоровье» и «самой большой в мире армией докторов (у нас их более 700 тысяч)».

2. Гениальные головы финансистов заселили навязчивая мысль: «а почему бы не выстроить отношения врача и пациента по модели пассажира и таксиста?». Мысль сия влекла за собой две другие: а) нам при этом строить ничего не нужно, мы просто будем получать свой процент, б) краеугольным камнем системы будет служить рейтинг врача, в основу которого будут положены — барабанная дробь! — оценки пациентов.

3. На каждого гениального инвестора пришлось по одному гондольеру, который ему поведал, что уже сейчас можно удаленно, без осмотра, поставить диагноз и назначить больному лечение. В качестве примеров он привел: а) IBM Watson (за «рулем» которого он никогда не сидел и имеет представление из агиток) и б) реально действующие удаленные консультации детшек инвестора по телефону семейным педиатром (который знает вполне здоровых детей пару лет). И попал в яблочко, потому что инвесторы у нас народ рискованный и о том, как все обустроить, судят по себе.

4. Bingo! Инвестор решил вложиться в телемедицину.

5. Подоспели лоббисты, которые... не знаю, что произошло, но закон по телемеду у нас на кону.

6. Восстали из небытия многочисленные сервисы, предлагающие запись к врачам на основании рейтингов. А что с ними не так? Да почти все, по пунктам: а) врачи туда, в основном, «загружались» сотрудниками коммерческих отделов клиник, за денюжку, чтобы «раскрутить» доктора, к которому... никто не идет; б) исторически в большинстве сервисов была проработанная система «поднятия рейтинга» врача и удаления негативных отзывов по просьбе клиники, делалось это не за «спасибо»; в) рейтинг врача, который устанавливается при занесении врача в систему (сколько ставим звезд — «три—пять»), никак не был связан с его профессиональным уровнем. На DocDoc, свежескупленном Сбером, и сейчас попадают врачи-«академики» (по факту — даже без докторской степени), люди с завышенным стажем и проч. Такие уж данные предоставила «клиника-партнер», и вот они на сайте. Т.е. биографию никто не проверяет, сканы дипломов не просит. Логика: «Купил же Яндекс auto.ru — там столько левых объявлений, это же не наша проблема, у нас всего лишь площадка».

Теперь рассказываю, что будет дальше — не говорите, что вас не предупреждали.

1. Очень и очень долго инвесторы будут отказываться верить в то, что «модель такси» не работает в медицине. ПОТОМУ ЧТО ПАЦИЕНТ НЕ МОЖЕТ ОЦЕНИВАТЬ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, он видит его через призму «сервиса». В медицине ЧАСТО встречаются ситуации, когда КАЧЕСТВО НИЗКОЕ, а пациент остался ДОВОЛЕН. И наоборот! Этот момент в построении «рейтингов врачей» вообще никак не учитывается. Дополнительно усугубляется это тем, что корреляция между коммуникационными навыками врачей и профессиональными качествами очень слабая.

2. Сети по рекомендации врачей будут уверять, что они неподкупны, но в реальности не смогут уйти от соблазна тем или иным образом накручивать рейтинги и удалять негативные отзывы по просьбе клиник (а то и публиковать заведомо ложные позитивные). Предста-

это в основной массе люди, не имеющие ни своих пациентов, ни клинического опыта. Мне их жутко жалко, поэтому не буду их порицать, однако ведь не доверишь им даже рецепт на слух выписать! Юридически все будет обставлено таким образом, что к «консультан-

От редакции: мы не согласны с текстом статьи и сделанными выводами. Но читатель имеет право знать различные точки зрения. Тем более — аргументы, обосновывающие ее. Точка в телемедицине еще только начинает формироваться.

П. Воробьев

ТЕЛЕМЕДИЦИНА/DIGITAL HEALTH — лонгрид для тех, кто хочет разобраться

Ярослав Ашихмин,
заместитель главного врача Ильинской больницы



вим, что теперь новый хозяин им это «запретит». Но это, знаете, как перестать принимать наркотики, — годами это были живые деньги у различного уровня начальников такого рода сайтов. До того чтобы провести внутренний аудит работы своей же команды на предмет их чистоплотности руки у нового босса не дойдут. Ну не провели же его даже перед покупкой сервиса (что сбilo бы цену раза в два).

3. Будет совершенно множество попыток запуска удаленных сервисов по консультированию пациентов (без очного визита). Реальное качество их работы будет запредельно низкое (об этом недавно писал Алексей Эрлих в Интернете). ПОТОМУ ЧТО ДАЛЕКО НЕ КАЖДЫЙ ДАЖЕ ОЧЕНЬ ХОРОШИЙ (!) ВРАЧ УМЕЕТ СОБИРАТЬ АНАМНЕЗ И ЖАЛОБЫ, а ошибки компенсируются работой диагностических служб. А доктора, которые традиционно привлекаются для обслуживания сервисов удаленных консультаций,

там» не прикопаешься — везде будет написано, что информация, которую получил пациент, «не является медицинской услугой». Инвесторам шквал жалоб руководители условного медицинского Убера будут объяснять низким качеством клиник-партнеров, а директора клиник-партнеров будут все валить на отдельных врачей.

4. Тем временем инвестор будет продолжать вкладывать деньги в сервис (кстати, они совсем небольшие, в сравнении с тем, сколько нужно вложить в создание клиники), которые обязательно будут пущены на повышение точности оценки удовлетворенности клиентов. Выделится группа врачей и клиник, которые сообразят, как нужно себя вести, чтобы рейтинг их рос. Поверьте, эта стратегия не будет иметь никакого отношения к повышению качества работы (потому что вы его не оцениваете, вновь замечает мой друг Кэп). Разнообразные инструменты опроса пациентов будут приводить лишь к тому, что разрыв между «рейтингом врачей» и реальным качеством работы будет увеличиваться, и пузырь «докдоков» будет надуваться.

5. Никто не решится открыто и независимо оценивать качество работы врачей — а именно: проводить аудит историй болезней на предмет соответствия диагностики и лечения международным клиническим рекомендациям. Потому что это примерно как пустить Лену Летучую на кухню хинкальной. А по поводу сервиса типа ЯндексЗдоровье — там вообще нечего анализировать, данных медицинских нет. Диагноза нет! Пациент же сам дурак, что не рассказал доктору всю клиническую картину, а доктор, увы, не расспросил подробнее.

6. Параллельно телемед начнет внедрять в массы и Минздрав. Тут нужно вспомнить, что системы контроля качества медицинской помощи нет и в государственных ЛПУ, поэтому эффект от натягивания «теле» на медицину будет подобен покрытию картины лаком — известные недостатки станут совсем несправимыми, где-то засияют для пациента, но в целом в государственной системе все

настолько плохо, что ничто, кажется, не может ее сделать еще хуже. Замечу, что серьезные клиники как

Гениальные головы финансистов заселили навязчивая мысль: «а почему бы не выстроить отношения врача и пациента по модели пассажира и таксиста?».

Выделится группа врачей и клиник, которые сообразят, как нужно себя вести, чтобы рейтинг их рос. Поверьте, эта стратегия не будет иметь никакого отношения к повышению качества работы.

ИнтерНьюс

Ученые выявили биомаркеры развития когнитивных нарушений при болезни Паркинсона

Группа исследователей из Пенсильванского университета выявила биомаркеры, способные предсказать, какие пациенты с болезнью Паркинсона будут страдать серьезными когнитивными расстройствами в течение первых трех лет после постановки диагноза. Результаты научной работы опубликованы в журнале PLOS ONE.

В рамках международного проспективного исследования ученые проанализировали данные 423 пациентов с впервые диагностированной и не леченной болезнью Паркинсона, не проявлявших признаков когнитивных нарушений. Через три года после обнаружения заболевания у 15–38% (в зависимости от применяемых критериев) этих пациентов начали развиваться когнитивные расстройства. Ученые провели сканирование мозга, генетические тесты и анализ спинно-мозговой жидкости и установили, что снижение умственных способностей коррелирует с несколькими биомаркерами.

По результатам сканирования головного мозга в качестве биомаркеров были определены дефицит дофамина и уменьшение объема или толщины головного мозга. Исследователи также обнаружили связь между развитием когнитивных нарушений и более низкими уровнями CSF бета-амилоидного белка, маркера болезни Альцгеймера, и однонуклеотидными полиморфизмами в генах COMT и BDNF, которые ранее были ассоциированы с развитием когнитивных расстройств.

Отмечается, что участниками исследования были в основном мужчины, белые и высокообразованные, что ограничивает применение полученных результатов в отношении других групп. Тем не менее будущая валидация указанных биомаркеров может помочь в разработке клинических исследований для ранней терапии, способной улучшить умственные способности пациентов с болезнью Паркинсона. Ученые полагают, что более продолжительное наблюдение этой когорты покажет, играют ли роль генетические риски при поздних или более поздних когнитивных расстройствах при болезни Паркинсона.

<https://www.medvestnik.ru/content/news/Uchenye-vyyavili-biomarkery-razvitiya-kognitivnyh-narushenii-pri-bolezni-Parkinsona.html>

Смертность от болезни Альцгеймера в США выросла на 55%

Смертность от болезни Альцгеймера в США за 15 лет выросла с 16,5 случая на 100 тысяч человек до 25,4 случая на 100 тысяч человек, говорится в отчете Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC).

Среди самых распространенных причин смертности в США болезнь Альцгеймера занимает шестое место, послужив причиной 3,6% летальных исходов в 2014 году.

Большинство летальных исходов от болезни Альцгеймера по-прежнему происходит в домах престарелых и учреждениях долгосрочного ухода (54%), в 1999 году этот показатель составлял 68%. Число смертей от болезни Альцгеймера на дому с 1999 по 2014 год выросло с 14 до 25%, что может означать рост востребованности услуг сиделок.

Возможными причинами роста смертности являются растущее количество пожилых людей в США, улучшение диагностики этого заболевания, а также снижение смертности от сердечных заболеваний и инсультов.

Основным фактором риска развития болезни является возраст: большинство заболевших находятся в возрасте 65 лет и старше. Со снижением смертности от других заболеваний все больше людей, доживающих до пожилого возраста, рискуют стать жертвами болезни Альцгеймера.

Лекарств от болезни Альцгеймера не существует. По данным исследований, подавляющее большинство исследуемых препаратов оказываются неэффективными. В этом направлении активно ведутся научные исследования.

<http://www.vademec.ru/news/2017/05/29/smertnost-ot-bolezni-altsgeymera-v-ssha-za-poslednie-15-let-vozroslo-na-55/>

Начало на стр. 1 ↗

занимались удаленным консультированием, причем в обе стороны — консультируем небольшие клиники, сами спрашиваем совета на Западе в сложных случаях, так и будут заниматься. А травматолог, который правильно поставил диагноз удаленно по фотографии, так и будет получать по башке в случае жалобы, потому что не будет подписано какой-то бумаги, будет снято не на ту камеру, не соблюден какой-то чертов порядок.

7. Случится самое страшное — я не шучу — на медицину, как того желал недавно Кудрин, «выделят деньги». Вместо того чтобы развивать первичное звено (это очень-очень сложно) и обучать врачей (это и в политическом плане опасно — нужно звать варягов), деньги будут потрачены на «роботов», ПЭТ/КТ, протонные пушки и прочих трансформеров, которые будут красиво смотреться на фоне перерезания ленточки. Или вы хотите, чтобы вам показали врачей общей практики в мыле в обычных кабинетах, с минимумом оборудования, которые и будут отражать реальный символ успеха? Деньги кончатся, заботливо укутанные главными сестрами роботы («чтобы не поломали, все равно расходника на них нет!») со сверхзадачами не справятся, и вот уже чиновники будут думать — как же в век цифровых технологий повысить качество медицинской помощи? Конечно, на помощь должна прийти телемедицина! И круг замкнется.

Выводы:

1. Телемедицина в формате «доктор—пациент» без возможности быстрого дообследования после первого контакта с врачом в наше время есть абсолютное зло для системы здравоохранения. Это метод, который может улучшить качество медицинской помощи в том случае, если оно уже присутствует хотя бы в минимальном количестве. Если же оно на катастрофически низком уровне, как сейчас, методы телемедицины лишь усугубят ситуацию.

2. Дорогим пациентам ни при каких обстоятельствах нельзя прибегать к услугам телемедицинских сервисов и агрегаторов врачей с рейтингами, которые ожидаемо будут расти как на дрожжах с крутейшей PR-поддержкой. Ищите врачей по рекомендации знакомых вам ВРАЧЕЙ — это

Только пациенты обычно не формулируют вопросы четко: у них «всего лишь» «только что заболел живот» или «заболело сердце» — а это всегда, ВСЕГДА повод для ОЧНОЙ консультации!!!

единственный верный способ найти хорошего специалиста. Пояснения к выводам.

А) Телемедицина в формате «доктор—доктор» и «доктор—медицинская сестра» — это совершенно другой формат, который крайне полезен, он здесь не рассмотрен. На мой взгляд, самой правильной моделью было бы именно удаленное консультирование врачами-специалистами медицинских сестер (или других врачей).

Б) Речь идет о системе в целом, есть отдельные врачи-специалисты очень высокой квалификации (обычно узкого профиля), которые могут дать пациенту даже по телефону ответ на четко сформулированный вопрос. Например, «Мой родственник перенес инфаркт миокарда, ему нужно принимать статины?».

Только пациенты обычно не формулируют вопросы четко: у них «всего лишь» «только что заболел живот» или «заболело сердце» — а это всегда, ВСЕГДА повод для ОЧНОЙ консультации!!! Далее, врачей высокой квалификации исчезающе мало, например, правильный ответ на вопрос выше — это не сухое «да», а «это критически важно, ни в коем случае нельзя прекращать, причем это должен быть а... в дозе не меньше 40 мг или р... в дозе не меньше 20 мг». Потому что, скорее всего, родственнику назначили препарат в два раза более низкой дозе, а это уже очень серьезная медицинская ошибка.

С вами он проконсультировался — вы не поймали ее — теперь она и ваша. Или усложним: «Мой родственник перенес инфаркт миокарда, ему нужно принимать статины? У него на них болят мышцы». Тут любое неверно сказанное слово («пропустите дозу, срочно сдайте анализы!») приведет к тому, что пациент отменит лекарство из-за побочного эффекта и не возобновит прием. Боль в мышцах пройдет, но через год может быть повторный инфаркт. Только в кропотливом диалоге с пациентом, с обязательным физикальным обследованием (мышечной системы в данном случае), можно выяснить, насколько сильно болят мышцы (и соотнести это с тем, как «болит сердце»). И нередко правильным решением служит продолжение приема препарата, который ВЫЗЫВАЕТ побочные эффекты, но предотвращает какие-то осложнения в отдаленном будущем. Краеугольный камень медицинской практики — это необходимость взять ответственность за сложное решение. Если мы этот момент «плавно обходим юридически», а также устраняем возможность провести непосредственное физикальное обследование и простейшие манипуляции, то что остается? Медицина-то где? Только «теле»...

Ищите врачей по рекомендации знакомых вам ВРАЧЕЙ — это единственный верный способ найти хорошего специалиста.

С вами он проконсультировался — вы не поймали ее — теперь она и ваша. Или усложним: «Мой родственник перенес инфаркт миокарда, ему нужно принимать статины? У него на них болят мышцы». Тут любое неверно сказанное слово («пропустите дозу, срочно сдайте анализы!») приведет к тому, что пациент отменит лекарство из-за побочного эффекта и не возобновит прием. Боль в мышцах пройдет, но через год может быть повторный инфаркт. Только в кропотливом диалоге с пациентом, с обязательным физикальным обследованием (мышечной системы в данном случае), можно выяснить, насколько сильно болят мышцы (и соотнести это с тем, как «болит сердце»). И нередко правильным решением служит продолжение приема препарата, который ВЫЗЫВАЕТ побочные эффекты, но предотвращает какие-то осложнения в отдаленном будущем. Краеугольный камень медицинской практики — это необходимость взять ответственность за сложное решение. Если мы этот момент «плавно обходим юридически», а также устраняем возможность провести непосредственное физикальное обследование и простейшие манипуляции, то что остается? Медицина-то где? Только «теле»...

Ищите врачей по рекомендации знакомых вам ВРАЧЕЙ — это единственный верный способ найти хорошего специалиста.

С вами он проконсультировался — вы не поймали ее — теперь она и ваша. Или усложним: «Мой родственник перенес инфаркт миокарда, ему нужно принимать статины? У него на них болят мышцы». Тут любое неверно сказанное слово («пропустите дозу, срочно сдайте анализы!») приведет к тому, что пациент отменит лекарство из-за побочного эффекта и не возобновит прием. Боль в мышцах пройдет, но через год может быть повторный инфаркт. Только в кропотливом диалоге с пациентом, с обязательным физикальным обследованием (мышечной системы в данном случае), можно выяснить, насколько сильно болят мышцы (и соотнести это с тем, как «болит сердце»). И нередко правильным решением служит продолжение приема препарата, который ВЫЗЫВАЕТ побочные эффекты, но предотвращает какие-то осложнения в отдаленном будущем. Краеугольный камень медицинской практики — это необходимость взять ответственность за сложное решение. Если мы этот момент «плавно обходим юридически», а также устраняем возможность провести непосредственное физикальное обследование и простейшие манипуляции, то что остается? Медицина-то где? Только «теле»...

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 21.12.2016 г.

Председатель: профессор П.А. Воробьев

Секретарь: А.Б. Зыкова

Доклад: д.м.н., профессор В.А. Парфенов (директор клиники нервных болезней и зав. кафедрой нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова)

«Боли в пояснично-крестцовой области: диагноз и лечение, мифы и реальность»

Существуют мифы при ведении пациентов с болями в спине. Первый миф, это остеохондроз как причина боли. Остеохондроз — это связанность возраста с естественным дегенеративным процессом и, как правило, он не объясняет боли в спине. Существуют основные причины боли в спине. Это неспецифические (скелетно-мышечные) боли, или дорсалгия, либо радикулопатия (вследствие грыжи диска), либо специфические заболевания (опухоль, анкилозирующий спондилоартрит и др.). Основная задача врача в этом случае — исключить именно эти заболевания. На это направлены самые разнообразные опросники и алгоритмы ведения пациентов. Во многих странах врач, к которому обращается пациент с болью в спине, обязан заполнить опросник. Если он его заполнил и там нет данных за специфическое заболевание, то он в большинстве случаев может не проводить дополнительное исследование. Неспецифические боли в спине — это мышцы, фасеточные суставы и крестцово-подвздошное сочленение.

Второй миф заключается в основных методах обследования пациентов: это рентген, КТ или МРТ. Это абсолютно неправильно. У нас существуют инструментальные методы

исследования, участие пациентов в них необходимо, но сразу скажу, что не всех. В основном они направлены на выявление специфических причин болезни. А вот определение признаков остеохондроза часто, к сожалению, ведет нас в неправильном направлении. И многие пациенты, сделавшие исследования шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, узнают, что у них грыжи, сужен пояснично-крестцовый канал. Итальянские неврологи сделали крупнейшее исследование, которое показало, что эти дополнительные исследования ничего не дают. Об этом говорят врачам общей практики, но они не слушают и делают неоправданные исследования.

Какое же должно быть обследование пациента с болью в спине. Это исключение специфической причины боли в спине (исключение других заболеваний на основе анамнеза и соматического обследования — «красные флажки»), если хроническая боль, то это оценка эмоционального состояния и социальных факторов, уточнение прогноза («желтые флажки»). Существуют симптомы опасности при болях в спине («красные флажки»): возраст менее 20 и более 50 лет; недавняя травма; независимость интенсивности боли от положения тела и движений, усиление ночью; очаговые неврологические нарушения, выходящие за рамки типичной радикулопатии; злокачественное новообразование, резкое похудание; лихорадка; проявление остеопороза, прием кортикостероидов; употребление наркотиков, ВИЧ; структурные деформации позвоночника.

Следующий миф, это как лечить боль. Многие считают, что при болях в спине надо отлежаться. Это несомненный миф. В Европейских рекомендациях по лечению острой неспецифической боли в спине говорится, что, во-первых, это информация пациента о доброкачественном характере его заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения. Нужно избегать постельного режима, замедляющего выздоровление и отрицательно влияющего на процесс реабилитации, сохранять активный образ жизни и

Продолжение на стр. 3 ↘

Начало на стр. 2 ↗

продолжение работы, если это возможно. При необходимости для облегчения боли назначаются парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты или миорелаксанты, особенно при отсутствии эффекта от парацетамола или НПВС. Возможно использование мануальной терапии, если нет эффекта от лекарственной терапии. При отсутствии эффекта в течение 4—8 недель целесообразно комбинированное лечение (мультидисциплинарное воздействие). НПВС — это номер один, что мы можем назначить пациенту. Эффективность НПВС доказана более чем в 50 двойных слепых плацебо контролируемых рандомизированных исследованиях. Через 4—6 часов после приема НПВС примерно у половины пациентов боль существенно ослабевает. Различные НПВС близки по силе обезболивающего действия, но могут отличаться по частоте и выраженности побочных эффектов.

Следующий миф, это мануальная терапия как основа лечения хронической боли в спине. Огромное количество врачей считают, что если не помогают клиницисты, то нужно найти хорошего мануального терапевта. Мануальная терапия при хронической неспецифической боли в спине более эффективна, чем ее имитация, но она не отличается от эффективности ведения пациентов врачами общей практики с использованием лекарственных средств, лечебной гимнастики. В Европейских рекомендациях по лечению хронической неспецифической боли рекомендуются когнитивно-поведенческая терапия, лечебная гимнастика, образовательная программа, комбинация этих методов терапии; возможно применение НПВС или анальгетиков; могут быть использованы миорелаксанты и антидепрессанты для облегчения боли; хирургическое лечение рекомендуется при отсутствии эффекта от консервативных методов лечения в течение 2 лет, включая комбинированное лечение (когнитивно-поведенческая терапия и лечебная гимнастика), при наличии грыжи межпозвоночного диска не более чем на 2 уровнях. Самое эффективное при болях в спине — это лечебная гимнастика. Ее преимущества заключаются в том, что она уменьшает боль и улучшает функциональную активность, нет доказательств преимуществ одних типов упражнений над другими, нет достоверных различий в эффективности индивидуальных и групповых занятий и нет необходимости в наличии специального оборудования для упражнений.

Рекомендации по лечению дискогенной радикулопатии: консервативное лечение (эффективное обезболивание), эпидуральное введение анестетиков и кортикостероидов (дипроспан) и хирургическое лечение. При медикаментозной терапии радикулопатии используют эпидуральное введение местных анестетиков и кортикостероидов (класс доказательности В); НПВС (С); миорелаксанты (С); антидепрессанты (С); антиконвульсанты (С). При хирургическом лечении боли в нижней части спины показания к экстренному лечению являются синдром компрессии корешков конского хвоста; нарастающий или выраженный парез; нестерпимая боль при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Вопрос: Возможна ли реабилитация водными процедурами, я имею в виду лечебные ванны, бассейн и т.д.?

Ответ: Сразу скажу, бассейн хорош как профилактика. Еще лучше в Италии плавать в море. В отношении каких-то водных процедур — это крайне дискуссионно. Больше всего помогает регулярная гимнастика.

Вопрос: Новокаиновая блокада сейчас не применяется?

Ответ: Конечно применяется. Новокаин, лидокаин, стероиды. Единственное, что блокаду надо делать под контролем ультразвука, рентгена.

Вопрос: При хронической боли в спине более 3 месяцев кто должен назначать антидепрессанты? Может ли врач общей практики?

Ответ: Во всех рекомендациях обсуждается, что это могут делать врачи общей практики. Самый изученный препарат остается и был amitriptilin, есть nortriptilin и преимущественно в ночное время. Если, допустим, пациент плохо спит, что amitriptilin может быть самым лучшим препаратом.

Комментарий профессора из Италии: Тема очень актуальная, вот поднимите руку те, у кого не было болей в пояснице. Крайне мало бывает тех, кто поднимает руку. После 35—40 лет практически у всех есть боли в области поясницы. Я занимаюсь этой патологией уже более 34 лет. Я много лет работал в нейрохирургии, и я могу посмотреть на эту проблему с другой точки зрения. Если человек хочет избавиться от боли, то нужна операция, да, избавляется, но, к сожалению, не стопроцентно. Хирург оперирует, удаляет грыжу, но порой бывает и не одна грыжа. Позвоночник нужно рассматривать как единый орган и весь его лечить. К сожалению, 15—20% грыж дают рецидив, есть грыжи, которые не сопровождаются никакой симптоматикой. Хочется еще сказать коллегам, что не нужно спешить с операцией, нужно лечить грыжу, как было сегодня представлено. Вы правильно сказали, что очень много коммерции, очень много ненужных операций, но вместе с тем есть случаи, где операции неизбежны. Грыжи межпозвоночных дисков — это большая проблема и, наверное, есть смысл слушать разных специалистов, не только неврологов.

Комментарий Воробьева П.А.: Есть любопытная история, слышал я ее от американцев: они сделали доказательное исследование по не рекомендации хирургического вме-

шательства при дискогенных болевых синдромах, что это в основном неэффективно. Данное исследование было проведено правительственным агентством при Минздраве. После этого было специальное рассмотрение конгресса США, где нейрохирургическая ассоциация провела решение о том, что подобные исследования недопустимы, что нужно оперировать. И этой правительственной организации было запрещено проводить подобные исследования. Эта тема очень серьезная и рано или поздно мы все равно придем к постановке достаточно серьезных точек, где действительно это необходимо и не обсуждается, а где абсолютно не нужно и не нужно мучить больных, рассказывая какие у них ужасные грыжи. Ведь радикулярные боли, как и многие подобные синдромы, они очень сильно завязаны на психику. Если человека грузить этим и рассказывать, что сейчас ноги перестанут из-за грыжи ходить, то, конечно, они у него перестанут ходить и вылечить его в такой ситуации будет невозможно. К сожалению, у нас нет психотерапевтов. У меня постоянно проблема с подобными больными с другими состояниями, я не знаю куда отправлять. У меня был в седьмой больнице человек, который хорошо занимался этим. И еще хочу сказать два слова о наших подходах к физиотерапии. Не могу не упомянуть о приборе Алмаг, самом продающемся в России, стоит на главном месте в любой аптеке. Мы проводили исследование при болях в суставах. Исследование четко показало, что никакого эффекта прибор не оказывает. Там вообще детективная история, потому что в Интернете висит подделанный наш отчет с видоизмененными выводами; статья вышла не с нашим авторством, но в конце приписано: «Благодарим профессора Воробьева и Борисенко за проделанную работу». И регулярно они пытаются на меня подать в суд, за то, что я выступаю на разных каналах и говорю, что Алмаг неработающий прибор. Я, наконец, созрел опубликовать все это уже в научной печати.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ от 6 февраля 2017 г.

Председатель: профессор, д.м.н. М.П. Савенков

Секретарь: Т.Н. Зайцева

Доклад 1

Ю.А. Редькин, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «Моники» им. М.Ф. Владимирского

«Пероральные сахароснижающие препараты»

Антигипергликемическая терапия — это не только препараты, но и изменение образа жизни, оптимизация питания и физических нагрузок. Препаратом выбора для лечения сахарного диабета типа 2 — это группа бигуанидов, метформин. Они обеспечивают снижение продукции глюкозы печенью и уменьшают инсулинорезистентность мышечной, жировой ткани. Важный показатель при СД 2 — это гликированный гемоглобин, интегральный показатель, который говорит о компенсации диабета, в идеале каждые 3—4 месяца пациент должен измерять этот показатель. Влияние метформина на снижение гликированного гемоглобина 1—2% — это высший показатель среди сахароснижающих препаратов. Преимуществами этого препарата являются низкий риск гипогликемических реакций, гиполлипидемическое, кардиопротекторное действие, а также снижение массы тела и возможность сочетания с другими препаратами. Недостатки: диспепсия, тошнота, противопоказан при наличии клубочковой фильтрации ниже 45 мл в мин.

Препараты сульфанилмочевины обеспечивают стимуляцию секреции инсулина: гликлазид, глимепирид, гликвидон, глипизид, глибенкламид. Препараты внутри группы комбинировать нельзя. Эффективность по уровню гликированного гемоглобина 1—2%. Преимущества: быстродействующие препараты, снижающие риск микрососудистых осложнений. Недостатки: высокий риск гипогликемических реакций, быстрая резистентность, прибавка массы тела. Противопоказания: почечная, печеночная недостаточность, беременность, ацетонурия.

Глиниды, обеспечивающие стимуляцию секреции инсулина: репаглинид и натеглинид. Сахароснижающее действие 0,5—1,5%, быстродействующие и снижающие уровень сахара после еды. Недостатки: риск гипогликемических реакций, прибавка массы тела. Противопоказания: почечная, печеночная недостаточность.

Тиазолидиндионы влияют на снижение инсулинорезистентности мышечной ткани и снижение продукции глюкозы печенью: пиоглитазон, росиглитазон. Эффективность 0,5—1,4%, низкий риск гипогликемии, способствуют улучшению липидного спектра, обладают протективным эффектом в отношении бета-клеток, и только для пиоглитазона обнаружена способность снижать риск микрососудистых осложнений. Недостатки: прибавка массы тела, периферические отеки, увеличение риска перелома трубчатых костей, медленное начало действия. Противопоказания:

ИнтерНьюс

Биологи научились заставлять клетки крови затягивать раны

Биологи из Канады открыли гормон, добавление которого в кровь «перепрограммирует» клетки иммунной системы и заставляет их приступить к ускоренной «починке» поврежденных слоев кожи и других тканей, говорится в статье, опубликованной в Journal of Investigative Dermatology.

«Эта терапия может стать спасением для диабетиков — если она будет работать в их организме, то тогда мы сможем избежать ампутации конечностей из-за незаживающих ран. Кроме того, она может помочь людям с серьезными ожогами, ускоряя их заживление и уменьшая вероятность инфекции ран во время выздоровления», — рассказал Жан-Франсуа Калье (Jean-Francois Cailhier) из университета Монреаля (Канада).

Малейшие повреждения кожи у людей, страдающих от диабета, ВИЧ и ряда других болезней, могут вызвать большие неприятности. В них попадают бактерии и возникают незаживающие язвы, которые часто вынуждают медиков ампутировать конечности больных или проводить другие опасные операции. Недавно ученые выяснили, что эти язвы могут быть связаны с ослаблением электрополей клеток, дирижирующих их миграцией при заживлении ран.

Калье и его коллеги нашли потенциальных «дирижеров» этих миграций и превращений клеток, наблюдая за тем, что происходило в коже мышей. Для этих опытов ученые следили за тем, какие клетки скапливались в открытой ране, удаляли часть из них и наблюдали, замедлится или ускорится затягивание пореза.

Эти наблюдения помогли ученым выделить два ключевых компонента процесса регенерации ран — белок MFG-E8 и связанные с ними клетки-макрофаги — один из основных элементов иммунной системы кожи, координирующие работу десятков других типов клеток. Попадание молекул MFG-E8 внутрь макрофагов, как выяснили биологи, приводит к их «перепрограммированию» и заставляет их не вызывать воспаления, а подавлять их и способствовать регенерации ткани.

Как показали первые эксперименты, ввод этого белка непосредственно в тело пациента может вызывать мощнейшие побочные эффекты — возникают рубцы и прочие следы чрезмерно активной «починки» кожи. Поэтому ученым пришлось задуматься о том, как достичь желаемого эффекта без вреда для организма.

Решение этой проблемы биологи нашли в стволовых клетках крови. Ученые извлекли некоторое количество этих клеток из костного мозга мышей, превратили их в макрофаги и обработали раствором MFG-E8, «перепрограммировав» на затягивание ран. После этого биологи покрыли культурой этих клеток порезы на теле мышей и проследили, произойдут ли какие-либо изменения в скорости их заживления.

Как отмечают исследователи, ускоренное заживление ран было заметно даже для невооруженного глаза — в среднем, раны у таких грызунов затягивались примерно в два раза быстрее, причем скорость выздоровления была выше у тех мышей, в чью рану ученые вводили больше клеток.

Сейчас биологи работают над адаптацией этой технологии для использования ее в клинических опытах на добровольцах. Кроме того, они планируют провести эксперименты на животных, страдающих от диабета или ожогов, что позволит понять, можно ли использовать подобные клетки и белок MFG-E8 для помощи людям.

<https://ria.ru/science/20170529/1495317591.html>

Ученые назвали главную опасность употребления энергетиков

Группа исследователей из США установила, что энергетики намного опаснее большинства других содержащих кофеин напитков, сообщает Американская кардиологическая ассоциация со ссылкой на исследование, опубликованное в Journal of the American Heart Association.

Специалисты пришли к выводу, что энергетика повышают интервал QT в среднем на десять миллисекунд в течение двух часов. «Если этот промежуток времени, который измеряется в миллисекундах, слишком короток или долог, то сердце может начать биться ненормально. Результирующая аритмия может быть опасной для жизни», — заявляют ученые.

<https://ria.ru/science/20170501/1493418490.html>

ИнтерНьюс

Ученые: спать меньше шести часов в сутки опасно для здоровья

Сон менее шести часов в сутки увеличивает риск возникновения инсульта. К такому выводу пришли американские врачи, сообщает Journal of the American Heart Association.

Согласно результатам 16-летнего исследования, в группе риска возникновения инсульта находятся спящие меньше 6 часов в сутки люди, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом. Исследования показали, что 22% пациентов умерли именно по этой причине, сообщает телеканал «360». В исследовании участвовали 1344 человека, 40% из которых оказались в зоне риска. Специалисты зафиксировали у них повышенный уровень холестерина и сахара в крови, а также высокий индекс массы тела.

<http://iz.ru/news/716318>

Идентифицирован белок, запускающий процесс фиброза печени

Ученые из Уэстмидского института медицинских исследований (Westmead Institute for Medical Research, Австралия) впервые идентифицировали белок, который играет ключевую роль в развитии фиброза печени и образования на ней рубцов. За ущерб, наносимый тканям, отвечает интерферон лямбда 3 (INLF3) — это доказали специалисты во главе с Якобом Джорджем (Jacob George) и Мохаммедом Эсламом (Mohammed Eslam). Ранее они выяснили, что генетические вариации, ассоциирующиеся с развитием фиброза печени, располагаются в 19 хромосоме между INLF3 и INLF4.

С помощью современных методов генетического и функционального анализа команда исследовала образцы тканей печени 2000 пациентов с гепатитом С. Оказалось, что в случае повреждения печени начинается миграция клеток воспаления из крови в печень, что повышает интенсивность выделения INLF3 и наносит печени еще больший ущерб. При этом такая реакция во многом объяснялась наследственностью. Научные сотрудники создали на основе своего открытия генетический тест, который поможет определить, входит ли пациент в группу риска — разовьется ли у него фиброз печени, или же в случае возникновения заболеваний печени будут ли они прогрессировать быстро или медленно. В настоящее время для фиброза на последних стадиях лечения не существует, а при печеночной недостаточности единственное решение — это трансплантация. Новая терапия может быть основана на точечном воздействии на ген INLF3.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2017/05/26/623liver/>

Датчик из графена поможет лечить астму

Ученые из Рутгерского университета (Rutgers University) создали новый графеновый датчик, который позволит раньше замечать начало астматического приступа и поможет в терапии как астмы, так и других респираторных заболеваний. В конечном итоге, по словам специалистов, это поможет избежать части госпитализаций и даже смертей. На основе новой разработки в будущем можно будет создать устройство, напоминающее фитнес-браслет — но оно будет не считать калории, а предупреждать пациента о необходимости приема лекарства и сообщать дозировку препарата.

От астмы в мире страдает около 300 млн человек. Нынешние неинвазивные методы диагностики и мониторинга имеют свои ограничения, а кроме того, пациенты не могут носить нужное оборудование с собой из-за его громоздкости. Сотрудники университета сконцентрировались на том, чтобы разработать устройство, которое сможет провести спирометрию и измерить количество биомаркера воспаления дыхательных путей — оксида азота — в выдыхаемом воздухе, и при этом размеры устройства должны были быть минимальными.

Исследователи уменьшили электрохимический датчик, способный с высокой точностью изменять концентрацию нитритов в конденсате выдыхаемого газа, используя редуцированный оксид графена. Это химическое соединение устойчиво к коррозии и обладает электрической проводимостью. С его помощью можно наблюдать за течением болезни, и, если датчик сообщит о повышении уровня биомаркеров воспаления в выдохе, — значит, вскоре последует астматический приступ, и больному нужно заранее принять лекарство. Возможно, устройство, которое пациенты смогут носить с собой, появится в продаже через 5 лет.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2017/05/22/599asthma/>

Начало на стр. 2, 3

отеки, заболевания печени, сердечная недостаточность и ИБС.

Ингибиторы альфа-глюкозидаз, обеспечивающие замедление всасывания углеводов в кишечнике: акарбоза. Эффективность 0,5—0,8%, не вызывает прибавку массы тела, обладает низким риском гипогликемии. Недостатки: вызывает диспепсию, противопоказана при почечной и печеночной недостаточности.

Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, вызывают глюкозозависимую стимуляцию секреции инсулина, глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью, замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи, снижение массы тела. К препаратам относят: лираглутид, ликсисенатид, эксенатид. Эффективность 0,8—1,8%, обладают низким риском гипогликемии, способствуют снижению массы тела, имеют протективный эффект на бета-клетки. Недостатки: вызывают желудочно-кишечный дискомфорт, могут формироваться антитела к препаратам, имеется потенциальный риск панкреатита.

Ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (глиптины), которые вызывают глюкозозависимую стимуляцию секреции инсулина, глюкозозависимое подавление секреции глюкагона, снижение продукции глюкозы печенью: ситаглиптин, видаглиптин, саксаглиптин, линаглиптин, алоглиптин. Эффективность 0,5—1,0%, низкий риск гипогликемии, не влияют на массу тела, обладают протективным воздействием на бета-клетки. Недостатки: риск возникновения панкреатитов.

Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (глифлозины), снижают реабсорбцию глюкозы в почках, не вызывают прибавку массы тела, имеют инсулиннезависимый механизм действия: дипаглифлозин, эмпаглифлозин, канаглифлозин. Эффективность 0,8—0,9%, имеют низкий риск гипогликемии, четко снижают АД и массу тела. Недостатки: вызывают риск урогенитальных инфекций, гиповолемии и противопоказаны в пожилом возрасте.

Стратегия лечения: подбираем препарат для начальной терапии, затем переводим на комбинированную терапию 2, затем 3 препаратами и только потом, при неэффективности, применяем инсулинотерапию.

Вопрос: Вы говорили, что у некоторых препаратов имеются макрососудистые эффекты, а есть какая-то корреляция, связанная со снижением сахара и сердечно-сосудистыми состояниями?

Ответ: Гипогликемия — это хуже, чем гипергликемия для сердечно-сосудистых заболеваний.

Вопрос: Могут ли мочегонные препараты повышать гликированный гемоглобин?

Ответ: Сами диуретики не вызовут повышение гликированного гемоглобина, они вызывают риск развития СД 2, но если диабет развился, то влияния их нет.

Доклад 2

И.В. Егоров, д.м.н.,
заведующий кафедрой семейной медицины
Института интегративной семейной терапии

«Дисциркуляторная энцефалопатия: диагностика и лечение»

Хронические цереброваскулярные заболевания условно можно разделить на 2 стадии: начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга и хроническая ишемия головного мозга (ДЭП). Хроническая ишемия головного мозга — медленно прогрессирующая дисфункция головного мозга, возникающая вследствие диффузного или мелкоочагового повреждения мозговой ткани в условиях длительно существующей недостаточности церебрального кровоснабжения при атеросклерозе и артериальной гипертензии. Факторы риска ДЭП: заболевания сердца, сахарный диабет, курение, избыточная масса тела, снижение физической активности. Патогенез: ишемия вызывает повышенную активность глутамата, приобретающего токсические свойства, а также перегрузка кальцием, которая является одним из механизмов гибели клеток. Классификация ДЭП: субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия, мультиинфарктное состояние, хроническая цереброваскулярная недостаточность при поражениях магистральных артерий головы. Клиническая картина ДЭП. Первая стадия характеризуется легкими поражениями мозга, такими как головокружение; шум в голове; снижение памяти; раздражительность. Во второй стадии возникают небольшая девиация, ухудшение памяти, замедленность мышления. В третьей стадии наблюдаются псевдобульбарный синдром, симптомы орального автоматизма, насильственный смех и плач, экстрапирамидный синдром, вестибуло-мозжечковый синдром.

Течение ДЭП: при гипертоническом варианте это ступенчатое течение, а при атеросклеротической энцефалопатии медленно нарастающая симптоматика, кроме того встречается еще и смешанный вариант.

Лечение ДЭП. При легких когнитивных нарушениях назначают фенотропил, пантогам, при умеренных когнитивных нарушениях — церебролизин, актовегин, при выраженных когнитивных нарушениях — глиатилин, нейромедин. Средства, влияющие на кровоснабжение мозга: статины, антигипертензивные средства, дезагреганты, теофиллин, циннаризин, винпоцетин. Средства, влияющие на

микроциркуляцию и реологию: дезагреганты, пентоксифиллин, пикамилон. Средства с цитопротекторными, мембраностабилизирующими и антиоксидантными свойствами: церебролизин, глицин, мексидол. Средства, обеспечивающие нейрометаболическую стимуляцию, это глиатилин, ноопепт, акатинол.

Комментарий Воробьева П.А.: Ни один из этих препаратов не имеет доказательной базы при обсуждаемом состоянии. Так мы успешно боремся с медициной, основанной на доказательствах.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 26.04.2017 г.

Председатель: профессор П.А. Воробьев

Секретарь: А.Б. Зыкова

Доклад: д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист-фтизиатр Минздрава МО Смердин С.В. (ГБУЗ МО «МОПТД»), к.м.н. Ломова Л.А. (УКБ фтизиопульмонологии Первый МГМУ им. И.М. Сеченова), Лазебный С.В. (ГБУЗ МО «МОПТД»)

«Диагностика туберкулеза: современный взгляд на проблему»

Микобактерии вызывают 3 известных заболевания: лепра, туберкулез и микобактериозы. Все виды микобактерий относятся к Actinomycetales, семейству бактерий Mycobacteriaceae, содержащему единственный род Mycobacterium. Возбудители туберкулеза образуют группу близкородственных видов, объединенных в комплекс МТВС (Mycobacterium tuberculosis complex), это M. tuberculosis; M. bovis; M. africanum; M. microti; M. pinnipedii; M. caprae.

ВОЗ считает, что каждый третий житель Земли инфицирован микобактериями туберкулеза. Каждый год регистрируется 9—10 млн новых случаев туберкулеза. Примерно 400 тысяч — это ВИЧ-инфицированные пациенты, примерно столько же пациентов имеют лекарственно-устойчивый туберкулез.

Последние 2 года мир продекларировал достаточно амбициозные цели в отношении борьбы с туберкулезом: через 20 лет, к 2035 году запланировано, что туберкулез должен вообще исчезнуть с Земли, должно произойти снижение абсолютного числа смертей от туберкулеза (по отношению к 2015 г.), на 95% снизится процент заболеваемости туберкулезом, и ни одна из семей не должна нести катастрофические расходы в связи с туберкулезом.

Основные проблемы борьбы с туберкулезом — это лекарственно-устойчивые возбудители или с широкой лекарственной устойчивостью. Микобактерии туберкулеза приобретают такие свойства, что она становится неуязвима к основным противотуберкулезным препаратам. МЛУ ТБ был выявлен примерно у 480 000 человек в 2013 году, среди 3,5% новых и 20,5% ранее леченых случаев туберкулеза. Примерно 13% от всех пациентов, заболевших туберкулезом и 24% умерших от туберкулеза, в 2013 году были ВИЧ-положительными.

В нашей стране и во всем мире диагноз «туберкулез» устанавливается коллегиально. Это достоверные критерии: обнаружение возбудителя (МБТ) либо морфологическая верификация (обозначается как доказанный) и косвенные критерии — совокупность клинико-лучевых и анамнестических данных (обозначается как вероятный, но регистрируется как туберкулез). Отсутствие возбудителя в мокроте или ином материале (при подозрении на внелегочный туберкулез) не позволяет отвергнуть болезнь. При установке вероятного туберкулеза существует риск гипердиагностики заболевания.

У взрослых туберкулез выявляется при скрининге (мас-совая флюорография) и по обращаемости (заболевание диагностируется при наличии клинических симптомов, выявление возбудителя в мокроте быстрыми методами (мазок, МГМ)). Флюорография обследования очень затратна, стоимость выявления одного случая туберкулеза составляет от 30 000 до 70 000 тысяч рублей. Но если сконцентрировать внимание на группах риска — мигранты, бомжи, пациенты с ВИЧ инфекцией — то затраты на выявление одного случая снижаются до 3000—3500 тысяч рублей.

Клинические симптомы, подозрительные на туберкулез: длительная (более 2—3 недель) лихорадка, чаще субфебрильная, нарастающая к вечеру, без четкой периодичности в днях, относительно хорошо переносимая пациентом, немотивированная слабость, быстрая утомляемость, потливость, преимущественно ночная, похудание при нормальном аппетите. Респираторная симптоматика: кашель (длительностью более 2—3 недель) сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты без запаха,

Продолжение на стр. 5

Начало на стр. 2—4 ↗

кровохарканье, боли в грудной клетке, одышка. При подозрении на внелегочной туберкулез — нарушение функции пораженного органа. У ВИЧ-инфицированных пациентов по постановлению Правительства еще 1992 г., флюорографию необходимо делать не 1 раз в 2 года, а 2 раза в год.

Существуют классические микробиологические методы, основанные на фенотипических особенностях МБТ: микроскопия, посев на твердые и жидкие среды. И молекулярно-генетические методы — детекция возбудителя по наличию в структуре ДНК видоспецифических последовательностей. Это электрофорез, гибридизация на биочипе или стрипе, ПЦР в реальном времени (real-time PCR). «Золотым стандартом» остается посев на жидкие среды, чувствительность самая высокая. Преимущество молекулярно-генетических методов заключается в том, что результат уже будет готов на следующий день.

Собирать лучше утреннюю порцию мокроты, для ее получения больной должен сделать несколько глубоких вдохов, задержать дыхание и резко выдохнуть. Если у больного в данный момент нет мокроты, то нужно повторить попытку через некоторое время. Контейнер для сбора мокроты должен быть стерильным и открывать его можно только при сплевывании мокроты. Если вместо мокроты собрана слюна, то сбор мокроты необходимо повторить еще раз. Транспортировка должна осуществляться только в специальных хорошо закрытых биксах.

Как часто можно выявить МБТ у больного туберкулезом из мокроты? Это зависит от двух основных факторов. Первый — качество лабораторных исследований и второй — это характеристика туберкулезного процесса: при очаговом туберкулезе, туберкулезе и ограниченном инфильтрате без распада — вероятность обнаружения МБТ низкая; при наличии распада у больного ТБ, МБТ в мокроте должны обнаруживаться всегда.

ВОЗ еще в 2011 г. опубликовала статью под названием «ВОЗ против неточных методов диагностики туберкулеза». Выявление антител к компонентам микобактерий в современной диагностике туберкулеза не используется. По данным мета-анализа 68 публикаций ни одна из существующих коммерческих серологических тест-систем не показала достаточной чувствительности и специфичности в отношении диагностики активного туберкулеза. ВОЗ дала отрицательные рекомендации в отношении использования серологических тестов для диагностики ТБ, даже в качестве дополнительного теста. Иммунологические тесты (проба Манту, диаскинтест, IGRA-тесты), характеризующие реакцию замедленного типа на наличие в организме МБТ не помогают в установке диагноза ТБ у взрослых больных туберкулезом. Наличие положительного результата этих тестов не позволяет дифференцировать латентную туберкулезную инфекцию от заболевания.

Первый этап диагностики — это обследование в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Если закралось подозрение, что у пациента может быть туберкулез, то необходимо провести 3-кратное исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых бактерий (КУБ) методом простой микроскопии и минимум однократное исследование на выявление ДНК МБТ; обзорную рентгенографию органов грудной клетки и общеклинический анализ крови. Если на этом этапе у больного в мокроте выявлены микобактерии или ДНК МБТ, то пациент направляется в противотуберкулезное учреждение. Если на этом этапе у больного после проведенного курса неспецифической антибиотикотерапии сохраняются изменения в легких, то показана консультация фтизиатра.

Второй этап — это выполнение обязательного диагностического минимума в противотуберкулезном диспансере: рентгенография грудной клетки; компьютерная томография в алгоритме высокого разрешения легких и средостения, микроскопия и посев мокроты на твердые или жидкие питательные среды (из 2 проб) для выявления микобактерий, ПЦР для выявления ДНК МБТ (из 2 проб); идентификация культуры, выросшей на питательных средах; определение чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам.

Если у пациента диагноз после этого остается не ясен, проводятся дополнительные методы исследования, которые делятся на инвазивные и неинвазивные (третий этап). Полученные при проведении инвазивной методики жидкости или биоптат должны обязательно быть исследованы цитологическим, гистологическим и микробиологическими методами для выявления МБТ с применением микроскопии с окраской по Цилю-Нильсену, посева на жидкие или твердые среды, ПЦР на ДНК МБТ.

Вопрос: Какие методы лечения туберкулеза?

Ответ: Надо сказать, что оптимистические прогнозы 70—80-х годов не оправдались, появились шикарные противотуберкулезные препараты, и были серьезные предостережения, что к концу XX века туберкулеза не будет. Но ситуация изменилась, появилась устойчивость к базовым противотуберкулезным препаратам и эффективность лечения снизилась. У нас есть препараты основного ряда и есть препараты резерва. К основному ряду относится комплекс из четырех препаратов: **изониазид, рифампицин, пиперазидин** и **этамбутол**.

Вопрос: Сколько препаратов полагается для лечения устойчивого туберкулеза?

Ответ: Минимум 6 препаратов.

Профессор Воробьев П.А.: Я посмотрел клиничко-экономические расчеты 2000 года, которые Вы приводили, интересно насколько они правдивы. С помощью флюорографии сколько выявляется больных туберкулезом?

Ответ: Среди всех больных туберкулезом 50% выявляется флюорографией, 50% по обращаемости.

Профессор Воробьев П.А.: Но по моим данным в 2000 году было выявлено 2 случая за год с помощью флюорографии. Мы общались с врачами в регионах. По нашим данным, цена одного случая с помощью флюорографии составляет 1 млн рублей, а не 75 тысяч рублей. Это безумно дорого и на самом деле это уже должно умереть. Об этом и говорится, не надо делать всем подряд. Если группа риска — очень высокая выявляемость, то тотальная флюорография бессмысленна.

Ответ: Есть сторонники и противники данного подхода, я считаю, что эти ресурсы можно использовать более эффективно. Надо сказать, что стоимость курса противотуберкулезной терапии препаратами основного ряда стоит всего 2 тысячи рублей.

Профессор Воробьев П.А.: Кстати, насчет флюорографии при выявлении рака. Я не могу не вспомнить Перельмана Михаила Израилевича, который выступал здесь в начале 80-х годов и рассказывал о том, что в мире уже давно никто не делает флюорографию. Если делать в группе риска, то два раза в год, там вы поймаете рак. Если делать всем подряд, то рака вы не поймаете. Второй вопрос, который не может меня лично не волновать, это вопрос прививок от туберкулеза. Ведь кроме нас их почти никто не делает.

Ответ: Я с вами соглашусь, многие страны отказались от БЦЖ. Я была месяц назад оппонентом по диссертации «Вакцинация БЦЖ у ВИЧ-экспонированных детей». Очень убедительно показали коллеги в большом материале с хорошей доказательной базой, с хорошим математическим обчетом. Они показали, что вакцинация БЦЖ защищает даже очень уязвимую группу детей, которые родились от ВИЧ-инфицированных матерей.

Комментарий профессора Воробьева П.А.: У нас поменялся туберкулез клинически. Если миллиардный туберкулез почти не наблюдается в реальной практике, кроме ВИЧ-инфицированных больных, то раньше его было полно. Туберкулез — это социальная болезнь и говорить о том, что туберкулезный менингит ушел от прививки, это спорное утверждение, оно не является доказательным. Вы начали разговоры с лепры, а Вы знаете, сколько случаев лепры в мире? Два миллиона новых случаев в год. В России лепры при этом нет. У нас все время идет «миграция» возбудителя, например, исчез ревматизм, но мы его не вылечили, просто исчез возбудитель. Он есть в мире, периодически происходят вспышки. Поэтому, что произошло с туберкулезным менингитом — не знаю. Еще есть одна вещь, которую обсуждают при прививках — это костный туберкулез. Вы его не тронули, а костного туберкулеза становится все больше, причем у пожилых. И есть мнение, что это связано с прививками, потому что мы выходим за границы частоты по костному туберкулезу против всех стран, которые не прививают.

Несколько слов о тюрьмах — что же там произошло: на рубеже середины 2000-х годов резко сократилось количество больных, в 10 раз. Был проект Всемирного банка по оборудованию лагерей бактериологическими лабораториями и во все тюрьмы, где содержатся больные с туберкулезной и ВИЧ-инфекциями, были поставлены современные бактериологические лаборатории. И внезапно выяснилось, что как только вы ставите лабораторию и начинаете определять бацилловыделение, то вы долечиваете человека до абациллярности и дальше его можно отправлять на лесоповал: он уже не опасен. До этого ничего подобного не было и в тюрьмах. На глазах сократилось количество больных. Мы были в Минусинской тюрьме, нам показывали, что много корпусов было закрыто. Потому что у них принудительное лечение, там отвертеться невозможно, вылечивают. Через два года мы приехали в Черногорскую тюрьму, и они рассказывают, что Минусинская тюрьма закрыта, там нет больных, всех привозят сюда. То, что мы видели, это связано с развитием микробиологической службы. Ситуация в 90-е годы была в жутком состоянии, да и в 2000-е годы. Если сейчас она поменялась, то слава богу, потому что это получается краеугольный камень: не долеченные больные. Из радостного в тюрьме сказали, что у них практически вообще нет новых «своих» случаев туберкулеза. Весь туберкулез приходит с воли, а выходят из тюрьмы по окончании срока недолеченные больные. Они их выпускают, но эти люди никому не нужны, никто их не лечит. Когда они повторно возвращаются в тюрьму, а это большинство, то уже приходят с лекарственно-устойчивым туберкулезом. Тюремные доктора говорят, что на воле все намного хуже, чем в тюрьме. Когда я делал проект закона Москвы в борьбе с туберкулезом — это было начало 90-ых годов — проблема была страшная. Я ввел норму о принудительном лечении от туберкулеза, это не нарушает ничьи права. В декларации о правах человека написано, что если человек опасен, в том числе своим заболеванием, то его права ничтожны по отношению к обществу и его можно лечить по суду. Мне кажется, что эта проблема осталась и есть популяция людей, которые не готовы лечиться до конца или вовсе. Будем надеяться, что сейчас ситуация с туберкулезом поменялась.

ИнтерНьюс

Кардиологи Коми впервые в регионе провели операцию по эндопротезированию аорты

Уникальная для Коми операция по эндопротезированию аневризмы аорты впервые проведена в республиканском кардиологическом диспансере. Операция прошла успешно под общим руководством специалиста федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Астрахани Дмитрия Гапонова. Для внедрения метода в практику потребуется сначала провести до 10 таких операций под руководством наставника, сообщили в Минздраве региона.

...В России насчитывается порядка 680 тыс. пациентов с риском развития аневризмы аорты, причем заболевание сложно диагностировать, смертность от него достигает 5% у мужчин старше 60 лет в странах Европы.

<http://tass.ru/obschestvo/4234815>

Российские ученые разрабатывают технологию введения лекарств в костные имплантаты

В России созданы «умные» костные имплантаты, которые применяются без креплений и фиксаторов в процессе операции. Эти изделия хорошо приживаются в тканях организма, а потом рассасываются и замещаются настоящей костной тканью.

Сейчас ученые поставили перед собой новую задачу: разработать технологию введения в такие имплантаты обезболивающих и противоопухолевых лекарств. Это поможет облегчить страдания больного и активизировать процесс выздоровления, сообщают «Известия».

Сегодня костные имплантаты, созданные на основе гидроксиапатита и коллагена, уже прошли испытания. Такие биосовместимые материалы не вызывают отторжения организма и помогают заживлению и восстановлению натуральной костной ткани. Имплантат биодеградирует в организме и «подкармливает» рост настоящих костей аминокислотами и минеральными веществами.

По словам руководителя проекта, старшего научного сотрудника Института биохимической физики им. Н.М. Эмануэля РАН Владимира Горшенева, один из главных плюсов разработки — то, что пациенту не требуется операция по удалению имплантата, как это происходит, например, с титановыми штифтами.

<https://www.medvestnik.ru/content/news/Rossiiskie-uchenyje-razrabatyvaut-tehnologiju-vvedeniya-lekarstv-v-kostnye-implantaty.html>

Хирурги Центра им. Алмазова спасли пациента с гигантской аневризмой

Сосудистые хирурги СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова выполнили сложное эндопротезирование аорты у двух пожилых пациентов — с гигантской аневризмой диаметром 10 см и аневризмой в форме «песочных часов».

Как сообщили в СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова, операции по эндопротезированию аорты у двух сложных пациентов сосудистые хирурги под руководством заведующего научно-исследовательским отделом сосудистой и интервенционной хирургии Михаила Чернявского провели в конце апреля. У одного мужчины была гигантская аневризма брюшного отдела аорты диаметром 10 см, у другого — аневризма сложной анатомии в форме «песочных часов», распространяющейся на подвздошные артерии.

Обоим пациентам — около 70 лет. В условиях гибридной операционной хирурги выполнили эндоваскулярную установку бифуркационных стент-графтов, которые позволили полностью «выключить» поврежденный участок аорты из кровотока и предупредить риск разрыва и внутреннего кровотечения. Эта инновационная щадящая методика позволяет значительно сократить время лечения и сроки реабилитации пациентов.

За год хирурги Центра им. В.А. Алмазова выполняют порядка 60 подобных малоинвазивных реконструктивных операций при поражениях периферических артерий, аневризмах брюшного отдела аорты и нисходящего отдела грудной аорты.

<http://doctorpiter.ru/articles/16853/>

ИнтерНьюс

Гендиректор WADA подверг сомнению доклад по России

Генеральный директор Всемирного антидопингового агентства (WADA) Оливье Ниггли прокомментировал расследование о России, сообщает Insidethegames. Журналист этого издания Лиам Морган процитировал в своем микроблоге в Twitter слова из выступления господина Ниггли на совете учредителей WADA, который проходит в Монреале. Гендиректор WADA отмечает, что в докладе независимой комиссии под руководством канадского профессора права Ричарда Макларена, в котором Россия обвиняется в существовании государственной системы для манипуляций с допинг-пробами спортсменов, нет достаточно доказательств. Напомним, в ноябре 2015 года Российское антидопинговое агентство было признано несоответствующим кодексу WADA. Через год был опубликован доклад Макларена. После этого Россию лишили права на проведение чемпионата мира 2017 года по бобслею и скелетону. Российские власти отвергли все предъявленные в докладе обвинения.

<https://www.kommersant.ru/doc/3299767>

Маришуана оказалась самым популярным из нелегальных наркотиков

Среди нелегальных наркотических веществ самым популярным оказалась марихуана, свидетельствуют данные ежегодного анонимного опроса 115 тысяч человек, проведенного независимой исследовательской компанией Global Drug Survey за 2017 год. Хотя бы раз в жизни ее пробовали почти 80% опрошенных.

Согласно данным исследования, наиболее популярными психоактивными веществами и их комбинациями являются: алкоголь (98,7% опрошенных употребляли хотя бы раз в жизни), марихуана (77,8%), табак (63,1%), энергетические напитки (57,5%) и табак в комбинации с марихуаной (55%).

Самыми популярными психоактивными веществами, не обладающими легальным статусом, являются: марихуана (77,8% респондентов употребляли хотя бы раз в жизни), MDMA (33,5%), кокаин (29,5%), галлюциногенные грибы (24,4%) и амфетамины (22,9%).

Согласно данным опроса, нелегальные наркотические средства когда-либо употребляли 79,3% человек, легальные наркотические средства — 99,7%. Только 20,7% утверждают, что употребляли только легальные наркотические средства, и лишь 2,3% признались, что когда-либо делали инъекции наркотических средств.

Употребление наркотических веществ нередко вынуждает обращаться за экстренной медицинской помощью. Наиболее часто это делают люди, употребляющие метамфетамин (4,8% опрошенных), синтетические каннабиноиды (3,2%) и алкоголь (1,3%).

В исследовании приняли участие более чем 115 тысяч респондентов из 50 стран. Среди опрошенных 68% — мужчины и 32% — женщины. Наибольшее число респондентов составляли жители Германии, Дании и США.

Напомним, что во многих странах мира марихуана используется в медицинских целях. Лидером по медицинским исследованиям марихуаны является Израиль, где фармкомпаниям может быть предоставлена возможность экспорта препаратов на ее основе.

<http://www.vademec.ru/news/2017/05/30/marihuana-samyu-populyarnyy-iz-nelegalnykh-narkotikov/>

Американские ученые создали карту перемещения микробов

Команда ученых из Чикагского университета в США составила первую карту бактерий, которые населяют больницу. В течение года исследователи наблюдали за только что построенной клиникой, изучая виды микроорганизмов, сообщает Live Science.

Оказалось, что в здании обитают более шести тысяч вариантов бактерий. Это первая карта, которая отобразила маршруты перемещения микробов. Кроме того, цифровой документ каталогизировал все основные виды бактерий.

<https://mir24.tv/news/16145081/amerikanskie-uchenye-sozdali-kartu-peremeshcheniya-mikrobov>

АКТ 3 76

Мы нижеподписавшиеся, с одной стороны медперсонал по обслуживанию 1-й партии трудпереселенцев направленных в распоряжение Александрово-Ваховской Райкомандатуры в лице медработников врача Хацкелевича В.М. и лекпома Рябова Н.П. и с другой стороны представителя Александровского Райздравица Щетихина М.Ф. 23 мая 1933 года составили настоящий АКТ в следующем:

ОСТРОВ ЛЮДОЕДОВ глазами медработников

1/ Партия уголовного элемента /трудпереселенцы в числе 5000 [че]овек, прибывшая 19/У-33 года из Томской переселенческой комендатуры в Александрово-Ваховскую комендатуру, была высажена на остров против деревни Н А З И Н О, в физическом отношении состояла в подавляющем большинстве из ослабленных, истощенных, раздетых и полунагих. В первый же день по прибытии на остров была развернута большая палатка для укрытия от не погоды имеющихся температурающих больных и в которой медперсонал коравана вел амбулаторный прием.

В последующие дни, т.е. 21/У-33 года были развернуты еще четыре палатки, для помещения слабосильных и раздетых. В настоящее время имеется одна палатка, отведенная для больных нуждающихся в стационарном лечении и в которой помещаются на следующий день 27 человек больных, из коих выявлено два человека подозрительных по заболеванию брюшным тифом о чем поставлена в известность комендатура и Райздрав.

Всего во всех полатках имеется сегодня пять человек слабосильных, истощенных и раздетых.

2/ Холодная с ветром и снегом погода, а также наличие значительного количества уголовного рецидива, раздевающего, избивающего друг друга и отнимающего пайки у более слабых, увеличивает с каждым днем процент простудных заболеваний, истощения и смертности о чем говорят цифры: санитарной бригадой, организованной при временном медпункте было выявлено 21/У-33 года по всему острову 70 трупов, среди которых были обнаружены 5 трупов с вырезанными мягкими частями, два из них с вынутыми и не найденными человеческой печенью и сердцем и легкими и у одного из которых была оторвана голова члены сорвана вся кожа от корня, что указывает, помимо людоедства еще и на психо-патологию лиц, производящих подобные операции.

Так например: 21/У-33 года к медпункту были доставлены самими же уголовными 3 человека с человеческими печенками в руках и вымазанных кровью.

...к медпункту были доставлены своими же уголовными 3 человека с человеческими печенками в руках и вымазанных кровью.

Физическое состояние этих трех лиц не обнаруживало большой степени истощения но по внешним признакам можно было отметить некоторые признаки дегенерации. Все они были направлены к начальнику конвоя.

В настоящее время раздача пайка состоящего из хлеба 500 грамм, крупы 32 грамма, сахару 13 грамм, соли ... грамм происходит более организованно во избежание давки и отнятия пайков у слабых, а именно все слабые, как указано выше собраны в палатку и чрез организованную сан-бригаду получают в первую очередь паек и тут же в палатке им дается горячая пища, а остальные разбиты на бригады и под командой ответственного за правильную раздачу продуктов в бригаде получают паек в сухом виде.

3/ Обнаруженные нами беременные женщины с согласия коменданта с острова перевезены в деревню, устроены в теплое помещение находятся под охраной конвоя и наблюдаются медперсоналом.

4/ Ввиду того, что пребывание на острове уголовного рецидива является кратковременным и кроме того бродяжничество их по всему острову занимающему большую территорию, а также не желание последних принять противотифозную и оспенную прививку делают работу в этом отношении невозможной, означенные прививки провести не удалось и последние будут произведены на месте их поселения.

К сему медработники: Хацкелевич, лекпом Рябов, Шатихин

Верно: подпись

С копии верно:

(сохранена пунктуация и орфография исходного текста)

Источник: Государственный архив Новосибирской области. Ф.П-7.Оп.1.Д.628.Л.76. Машинописная заверенная копия.

* * *

УПОЛНОМОЧЕННОМУ СИБЛАГА О.Г.П.У.

Сообщаем что за время пребывания на острове против д. НАЗИНО, где временно размещены были Т/п обнаружено было людоедство. Виденные 12 трупов, за весь период были с вырезанными мягкими частями и [не]которых, с вынутыми внутренностями (легкие, печень). Приведенные самими же заключенными виновные — группа 3-х человек упорно отрицала свою вину и была направлена к начальнику конвоя. Все они конвоем отпущены. Вторая группа выявленная самим конвоем, была допрошена комендантом и находится под арестом. Эта группа созналась в своем преступлении. Все они в молодом возрасте от 20 до 25 лет. Признаков истощения не наблюдается. Первая же группа, во внешнем виде являла признаки дегенерации, о чем указывалось в акте санитарного обследования от 23/V-33 года.

Общее впечатление таково: подобные преступления вызваны не голодом, а просто разнузданностью и извращением.

Медработники: (подпись не разборчива)

Лекпом Рябов

Источник: Государственный архив Новосибирской области. Ф. 7-П. Оп. 1. Д. 628. Л. 84. Машинописная заверенная копия. Опубликовано: Назинская трагедия. Серия: Из истории земли Томской. Документальное научное издание. Томск: Изд-во «Водолей», 2002. 220 с. (11,7 п.л.).

* * *

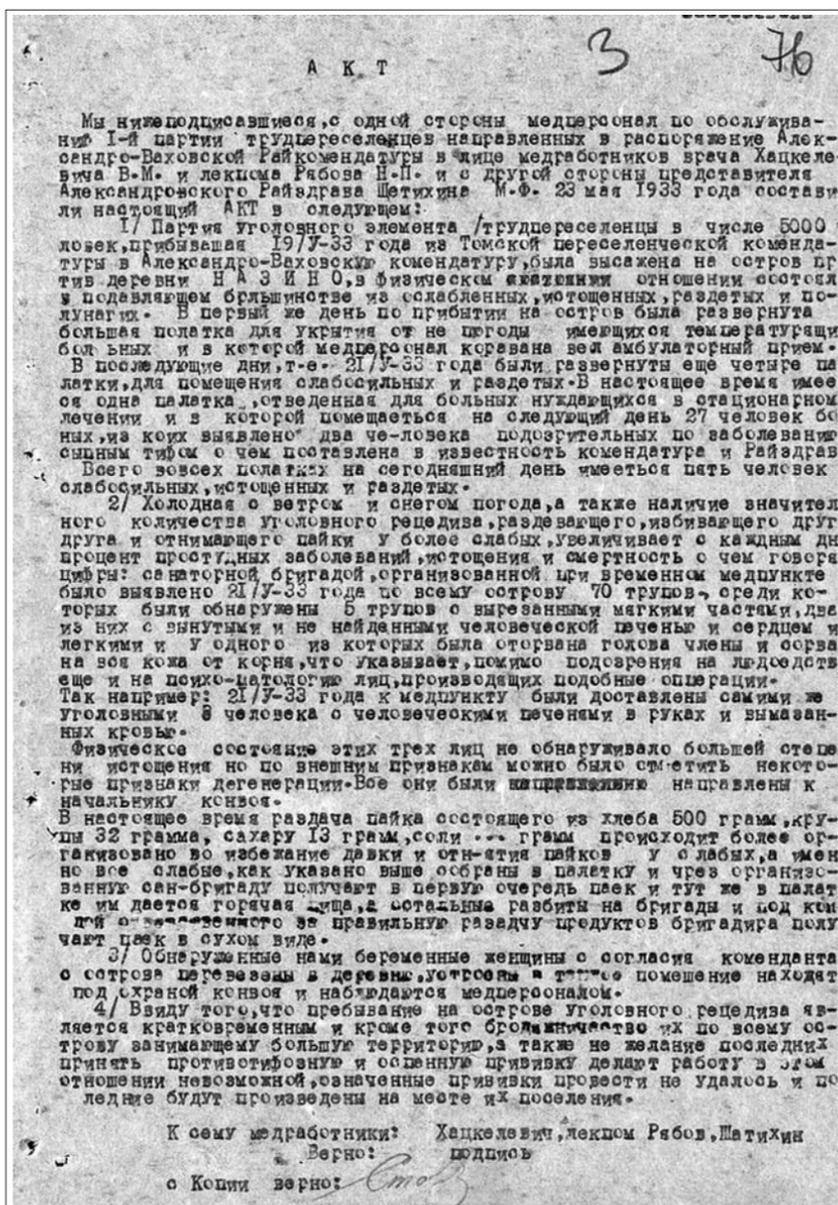
В Александрово-Ваховскую комендатуру для доведения до сведения.

В санчасти Томской комендатуры доношу, что сопровождаемая нами партия Т/п, размещенных на острове против деревни Н А З И Н О в количестве 5000 человек плюс вторая партия в 1270 человек итого 6270 была высажена на острове ни чем не оборудованном не только для принятия их[,] но даже не имела защиты для укрытия их от непогоды. Ввиду того, что партия эта в подавляющем большинстве состоит из уголовного элемента (рецидива), избивающего и раздевающего более слабых оказалось большее количество раздетых, истощенных и больных. Сырая холодная с ветром и снегом погода произвела свое действие и значительно увеличила % заболевания и смертности.

Отсутствие кипяченой воды, замена хлеба сухой мукой увеличила количество больных желудочно-кишечными заболеваниями. Организовано нами 6 палаток для размещения больных и слабых, не могущих получить паек в очереди, является только часть, которая получает хлеб и ежедневно горячую пищу. Вся же масса сидит на сухом пайке и вместо хлеба мука. Таким образом с каждым днем количество больных поносом увеличивается, нарастает % истощенных, и в месте с тем и увеличивается и смертность среди них.

Ежедневно в среднем умирает до 50 человек. Вшивость 100%.

Продолжение на стр. 7 ↗



Начало на стр. 6 ↗

Появилась эпидемия сыпного тифа главным образом выявленная из приезжих второй партии. Имеющаяся в начале договоренность с комендантом района о направлении подобных больных в Криволуцкую больницу отвергнута приехавшим на место Заврайздравом [с.] Александровым и предложено везти их вместе с остальными на другой остров (речка Н А З И Н О) где развернут изолятор и проводит кипячение вещей больных, а также вести разъяснительную работу среди них. Считая что с одной стороны лагерь не имеет посуды для кипячения воды, то откуда найдется посуда кипячения одежды их, и кроме того их одежда представляет из себя одни обрывки и если ее взять для кипячения, то люди останутся совершенно голыми. Остров речки Н А З И Н О[,] куда переводят сейчас всех людей а также и больных точно также <как> и первый остров ни чем не оборудован, кроме четырех маленьких барачков из которых один отводится под пекарню, а другие без окон, как залитые водой.

Предлагаемое строительство займет известное время и следовательно размещение людей будет опять прямо в лесу, а часть больных придется помещать в палатках прямо на земле. Просимый самый необходимый инвентарь для оборудования стационарки до сего времени не дан и по видимому не скоро будет найден. Таким образом работа в таких условиях совершенно не возможна.

Неоднократные докладные, записки к коменданту и в Райздрав не улучшают положения и фактической помощи для скорейшего оборудования боль[ницы] хотя бы самого простого типа не имеем. Удалось только получить немного медикаментов и перевязочного материала, что является такой каплей в море при том количестве людей и их плохом физическом состоянии.

Имеется много венериков (сифилитиков)[,] требующих лечения и которого мы не можем оказать помощи за отсутствием медикаментов. Считая такое положение абсолютно не нормальным и не видя своевременной помощи на все наши запросы[,] решили довести до сведения Санчасти Томской Комендатуры, которая командировала сюда. Посылаемая докладная записка доведена до сведения коменданта лагеря.

Медработники: Хацкелевич, Рябов, Костычев.
Источник: Государственный архив Новосибирской области. Ф. 7-П. Оп. 1. Д. 628. Л. 82. Машинописная заверенная копия с копии. Впервые опубликовано: Назинская трагедия. Серия: Из истории земли Томской. Документальное научное издание. Томск: Изд-во «Водолей», 2002. 220 с. (11,7 п.л.).

Прибыв на р. Назино в конце июня[,] куда ранее были командированы лекпом из т/п Лобов и лекпом Костычев[,] я застал большое количество больных желуд[очно]-кишечными заболеваниями, истощенных и слабых. Все это объясняется тем, что т/п, прибывшие в начале на остров против д. Назино попали в ужасные условия и которые эти плохие условия ухудшили сами, занимаясь избиением более слабых, отнятием пайков и раздеванием, что тогда в холодную сырую погоду естественно надолго отразилось на их здоровье. В моих докладных записках я неоднократно указывал на это положение, которое вкратце повторю. 18/V 33 г. вечером т/п были высажены на остров против деревни Назино ничем не оборудованный для их приема. Представленные самим себе, они разбрелись по всей громадной территории острова[,] и не имея никакого над собой надзора чинили безобразия над более слабыми. Паек выдавался 1 раз в сутки, горячей пищи не было, как не было и кипяченой воды. На другой же день по приезду подул сильный ветер с дождем и снегом и т/п, из которых большинство были почти нагие оставались на открытом воздухе. Частые перебои с печеным хлебом приводили к тому, что т/п выдавали паек сырой мукой вместо хлеба и последние из боязни, что более сильные отнимут у них и эту муку, ели ее в сыром виде, запивая сырой водой. Организованные нами палатки для больных, а также для подбора слабых, укрытия их от непогоды и выдача им регулярно горячей пищи и кипяченой воды, не могла охватить всех нуждающихся и часть их продолжала оставаться в тех же плохих условиях.

В таком состоянии трудпоселенцев началась переброска их на речку Назина, при том в первую очередь здоровых т/п на речку Назино и каждые 2-3 дня вывозили на неводниках всех могущих двигаться. Наблюдались такие случаи, что без моего ведома забирали некоторых больных из палаток на лодки и мне приходилось их чуть ли не силой возвращать обратно. Вот из какого контингента состояло население речки Назино. К тому же по сведениям от лекпомов и стрелков здесь уже на речке Назино также за отсутствием хлеба в первое время периодически кормили сухой мукой, то же отсутствие режима и надзора, что давало всем возможность уходить в лес, подолгу оставаясь там, питаясь чем попало[,] и их истощенными с поносами приводили или же они сами

возвращались в лагерь, увеличивая процент заболеваемости и смертности. То же отнятие пайков и избиение сильными слабыми, отсутствие барачков.

В конце июня я прибыл на теперешний 5-й участок, где застал много больных, слабосильных, что вполне естественно, ибо подобный режим и истощение не только не смогли укрепить их расшатанное здоровье, а[,] наоборот[,] только их усугубили. В это же время по приезду бывшей здесь комиссии участки выше 5 пос. должны были перейти на новые места. 2 или 3/VII началась переброска всей массы людей и плотов со срубам. Все больные и слабые со старых участков направлялись на 5-й участок, который оставался на месте.

Таким образом, на этом участке скопилось сразу столько больных и слабых, что пришлось срочно строить шалаша. Людей доставляли в лодках в тяжелом состоянии[,] многие из них вскоре умирали. Неоднократные мои предложения коменданту поселка о форсировании стройки жилых барачков и др. помещений, также о немедленном требовании одежды и белья оставались безрезультатными - ответ один, еще не прислали и не с кем строить. К тому же почти постоянная нехватка медикаментов и перевяз[очного] материала, как и на сегодняшний день, когда мы совершенно без медикаментов ставило и ставит в глупейшее положение и в полное бессилие медперсонал. Профилактика, касающаяся в первую очередь здоровых[,] должна была иметь под собой базу, а отсутствие жилбарачков, одежды, белья и т.д. — все это чрезвычайно мешало проведению многих профилактических мероприятий. Отсюда такая заболеваемость и смертность. И только с первых чисел августа, когда т/п были размещены в барачки, частично одеты и получают вполне достаточное питание, смертность снизилась (по сравнению с июлем в 4 раза меньше). Необходимо еще срочно окончить полностью барачки.

За последнюю декаду появились случаи цинготных явлений. Персонально больным выдаем на руки колбу, а вообще с целью профилактики даем меньшие дозы в общий котел.

На ближайшее время вношу предложение:

1. Вести строгий режим и надзор за т/п;
- 2) Категорически повести борьбу с лодырями, не разрешая им лежать у разведенных костров. Мера[,] практикуемая до сих пор[,] т.е. выдача уменьшенного пайка лодырю не годится, ибо он слабеет и попадет в конце концов в больницу;
- 3) привлекать к ответственности тех т/п, которые не соблюдают правил санитарной гигиены (самые элементарные) и загрязняют лагерь и барачки, нельзя дойти до уборной, а также и за употребление в пищу неразрешенных продуктов питания;
- 4) Форсировка переоборудования нар (вагон[ная] система), а также стройка кухонь, ларьков и др.
- 5) Затребовать срочно белье и одежду, для тех[,] кто еще не одет и мягкого инвентаря в больницу.
- 6) Немедленная доставка медикаментов и перевяз[очного] материала.

7) Систематически [вести] санпросветительную и воспитательную работу с т/п.

Врач <Подпись неразборчива>

Источник: ГАНО. Ф. П-7. Оп. 1. Д. 628. Л. 120-123 об.

Рукописный подлинник. Опубликовано: Серия: Из истории земли Томской. Документальное научное издание. Томск: Изд-во «Водолей», 2002. 220 с. (11,7 п.л.).

Составитель д.и.н. С.А.Красильников.
<http://corporateli.livejournal.com>

От редакции: Эта трагедия — лишь одна из множества, которая в силу обстоятельств оказалась задокументирована. Десятки, если не сотни тысяч, сгинули в Нарьмском крае бесследно. Это и сам Нарьм, и Парабель, и Колпашино и Каргасок с Васюганом. А таких «краев» было много. Сейчас постепенно открываются архивы и всплывают забытые страницы нашей горестной истории.

Среди погибших основная масса — нарушители паспортного режима, по сути — люди абсолютно не виновные ни в чем. Это не политические, не кулаки — обычные служащие, милиционеры, рабочие. Но, как писал В.Т. Шаламов, человеку нужно всего 2 недели, чтобы стать зверем. Понятна попытка хоть как-то объяснить происходящее, но врачи понимали, они бессильны.

Кстати, обращает на себя внимание постоянный рефрен профилактики, тут тебе и вакцинация. Вот они корни откуда: крепко вбивали в голову, что даже на смертном одре надо было вакцину бесполезную ввести.

Я ездил на этот остров — это абсолютно плоская земля в излучине Оби, которая все время гуляет вместе с ее течением. Гуляет настолько, что поселок пришлось перенести с одного берега (правого) на левый. Но и там ежегодно 1—2 дома уходят в реку. Сейчас там в основном живут потомки ссыльных немцев и, возможно, прибалтов, отправленных сюда в начале 40-х годов, да охотники за пушиной.

П. Воробьев

ИнтерНьюс

Сердечно-сосудистые заболевания стали причиной трети смертей по всему миру

Примерно треть всех смертей в мире связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями, свидетельствуют данные исследования, проведенного Международным коллективом медиков (2,3 тысячи экспертов из 133 стран мира).

Исследование основано на статистике за 1990—2015 годы. Согласно этим данным, в 2015 году по всему миру было зарегистрировано более 400 млн человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, и почти 18 млн смертей, вызванных ими.

Наибольшая смертность от этих причин зафиксирована в странах Восточной Европы, Центральной Азии, Ближнего Востока, Южной Америки, Черной Африки и Океании. Самые низкие показатели отмечены в Японии, Андорре, Перу, Франции, Израиле и Испании.

По словам исследователей, с 1990 по 2010 год средний показатель смертности от этих причин постепенно снижался, однако в последние пять лет этот процесс замедлился. Например, в 1990 году по всему миру было зафиксировано 393 смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 100 тысяч человек, в 2010 году этот показатель упал до 307, а в течение следующих пяти лет — до 286.

К странам, где процесс снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний замедлился, исследователи относят США, Канаду, Австралию, Новую Зеландию, Японию, Южную Корею, а также страны Западной Европы.

В России показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за январь — октябрь 2016 года составил 611,5 человека на 100 тысяч населения. По словам Заместителя министра здравоохранения Татьяны Яковлевой, в 2015 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составила почти 48,7% от общего количества смертей по стране. В Великобритании (29%), Франции (22%) и Германии (35%) этот показатель ниже.

<http://www.vademec.ru/news/2017/05/18/serdechno-sosudistye-zabolevaniya-yavlyayutsya-prichinoy-treti-smerti-po-vsemu-miru/>

Более трети россиян прибегают к самолечению

До 46% россиян, по данным ВЦИОМ, обращаются в государственную поликлинику.

Более трети россиян (35%) во время болезни занимаются самолечением, большинство (57%) прибегают к квалифицированной бесплатной или платной медицинской помощи. Об этом свидетельствуют результаты опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), опубликованные на сайте организации.

«В случае возникновения заболеваний 46% опрошенных сегодня, как и два года назад, обращаются в государственную поликлинику, более трети (35%) занимаются самолечением, каждый десятый (11%) идет в платное медучреждение», — говорится в отчете. Отмечается, что еще 4% респондентов предпочитают вообще не лечиться, еще 1% прибегает к помощи целителей.

По данным ВЦИОМ, хорошим состоянием здоровья может похвастаться лишь каждый третий россиянин (35%), каждый второй (49%) оценивает его как удовлетворительное. При этом за последнее десятилетие снизилась доля россиян, негативно оценивающих свое здоровье: с 24% в 2006 году до 15% в 2017 году. В проблемах со здоровьем россияне в основном склонны винить работу и стресс, отсутствие денег на лекарства и профилактику болезней, плохую экологию, при этом за последние два года материальные трудности стали указывать в качестве причин болезней вдвое чаще (с 17% в 2015 году до 35% в 2017 году).

«В течение последнего года работа медицинских учреждений вызывает все больше нареканий в части доступности и качества услуг. Это косвенным образом влияет на оценку своего состояния. Крайне тревожный факт — большой размер группы самолечения. Опять же, это свидетельствует и об уровне доверия медицинским учреждениям, и о доступности самих медицинских услуг», — прокомментировал результаты опроса руководитель практики политического анализа и консультирования ВЦИОМ Михаил Мамонов.

В опросе ВЦИОМ, проведенном 23—24 апреля методом телефонного интервью, приняли участие 1200 человек. Статистическая погрешность не превышает 3,5%.

<http://tass.ru/obschestvo/4243832>



XXII Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни»

2-3 октября 2017 г., Москва

Тел.: +7 (495) 2258374;
e-mail: gerontology@newdiamed.ru mtpndm@newdiamed.ru;
сайт: www.newdiamed.ru

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Информируем вас о проведении традиционной XXII Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни», 2–3 октября 2017 г., гостиница «Холидей Инн» Сокольники, Москва.

Задачи конференции — объединение, поддержка и помощь врачам, медицинским сестрам, социальным работникам — всем специалистам, работающим в области геронтологии и гериатрии. Конференция приурочена к Международному дню пожилого человека и ставит своей целью обеспечить уважительное и достойное отношение к людям старшего возраста и их проблемам.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Клинические вопросы гериатрии: кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, онкологические, офтальмологические, ревматологические и остеопороз, эндокринологические, гематологические, неврологические и психические расстройства в пожилом возрасте и др.

Медико-социальные аспекты: современные геронтологические технологии, проблемы ветеранов войн, организация медицинской и социальной помощи пожилым, роль сестринского персонала в уходе за пациентами пожилого и старческого возраста.

IT-технологии в помощь пожилым.

Профилактика преждевременного старения.

Вопросы организации здравоохранения: стандартизация в здравоохранении, медицина, основанная на доказательствах и клинико-экономический анализ в гериатрии.

Геронтофармакология.

На конференции планируется проведение тематических симпозиумов, докладов, пленарных выступлений, лекций, круглых столов.

Основные участники конференции: врачи медицинских учреждений Москвы и Московской области, других регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья, сотрудники организаций социальной защиты, руководители госпиталей ветеранов войн, общественных, в том числе благотворительных организаций и др. Традиционно конференцию посещает 700–800 человек.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов и статей до 1 июля 2017 г.
Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2017 г.

ФОРМА УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

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

2. **Устное выступление с лекцией, докладом, научным сообщением, клиническим разбором, а также участие в постерной сессии:** правила подачи заявки на сайте: www.newdiamed.ru Решение о Вашем выступлении с докладом принимает Оргкомитет конференции на основании заявки и тезисов!

3. **Публикация тезисов и статей** (бесплатно; подача тезисов (статей) осуществляется ONLINE; правила оформления тезисов (статей) на сайте: www.newdiamed.ru.

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

Посещение секционных заседаний, симпозиумов, школ является **СВОБОДНЫМ!**

Информационная поддержка конференции: журнал «Клиническая геронтология», Вестник Московского Городского Научного Общества Терапевтов «Московский доктор»

Сайт конференции: conf.newdiamed.ru

Организатор конференции: ООО «МТП Ньюдиамед».

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

Оргкомитет конференции «Пожилой больной. Качество жизни»:

тел.: + 7 (495) 225 83 74; e-mail: gerontology@newdiamed.ru, mtpndm@newdiamed.ru

Председатель оргкомитета: профессор Воробьев Павел Андреевич

Ответственный секретарь: Нерсесян Мадлена Юрьевна (научная программа)

Секретариат: Голованова Наталья Николаевна (по вопросам размещения)



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

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.Г. 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»!