



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Сергей Плюснин:

«НЕТ ОСНОВАНИЙ ПРЕДПОЛАГАТЬ
НАЛИЧИЕ БЕЗОПАСНЫХ ДОЗ АЛКОГОЛЯ»

Необходимость изменения ситуации со злоупотреблением алкоголя в нашей стране, переоценки устоявшихся десятилетиями стереотипов отметил в своем выступлении на прошедшей в прошлом месяце Научно-практической конференции «Актуальные вопросы терапии внутренних болезней» заведующий кафедрой терапии НОУ ДПО «Медицинский стоматологический институт», заведующий гастроэнтерологическим отделением ФГКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» МЗ РФ, главный гепатолог Минобороны России, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор Сергей Плюснин. По окончании конференции профессор С.В. Плюснин в беседе с нашим корреспондентом рассказал об исследованиях, подтверждающих связь смертности от цирроза печени и изменений среднелетнего потребления алкоголя в стране, важности антиалкогольной пропаганды, развенчания «алкогольных» мифов, в частности, пользы малых доз алкоголя.

— Сергей Вениаминович, на конференции вы выступили с докладом «Почему лучший гепатопротектор это врач?». Раскройте интригу, поясните, пожалуйста, нашим читателям, почему это так?

— Почему лучший гепатопротектор — это врач? Потому что основная причина цирроза печени в России — это алкоголь, и врач должен донести все-таки до пациента истину, что безопасных доз алкоголя не бывает. Про «полезные» дозы алкоголя уже никто сегодня не говорит. Вернее, никто не говорит с середины прошлого века в мире. А в России пока еще так говорят. У нас 99% кардиологов и 60% терапевтов называют полезными такие дозы алкоголя, как «рюмка водки» или «бокал вина». Хотя сто лет назад, когда мы еще были на последнем месте в мире по употреблению алкоголя, наши врачи говорили: коллеги, нужно чураться малых доз алкоголя точно так же, как малых доз холерной инфекции. Так что нет «безопасных доз алкоголя», а про «полезные дозы алкоголя» вообще никто в мире даже не говорит. Американцы недавно опубликовали (23 мая) результаты исследова-

ния, — что 10 граммов этилового спирта повышают риск развития рака молочной железы у женщин. Даже 10 граммов. Это вообще мизер. Поэтому я не просто свое мнение высказываю, когда утверждаю, что алкоголь полезным быть не может. Я всегда врачам говорю, что привожу только результаты исследования, а мое мнение здесь не имеет никакого значения. Хотя я, конечно, не могу не относиться плохо к людям, для которых алкоголь — бизнес. Эти люди заставляют других покупать и употреблять алкоголь, а на «алкогольные» деньги покупают яхты. Они пьют свежевыжатые соки, а не водку и прочие алкогольные напитки, поскольку берегут себя, свое здоровье.

— Разве они не пьют сухое красное вино, которое считается полезным?

— Нет, они нас заставляют пить водку, вино и пиво, а сами алкогольные напитки не пьют. И это во всем мире бизнес такой. Поэтому будущее за мусульманами (они уже занимают планету), которым запрещено пить. Разумеется, не пьют алкоголь не только мусульмане, но у мусульман существует на это занятие четкий запрет.



— Но запретный плод обычно сладок...

— А у мусульман он почему-то не сладок...

— Вероятно, они не пьют алкогольные напитки, так как боятся довольно жесткого наказания, а не общественного порицания. Значит, алкоголь надо запретить?

— Но я же не говорю, что нужно запрещать пить. Я не предлагаю запрещать алкогольные напитки. Я предлагаю объяснять людям, почему этого делать не следует (пить алкоголь), просвещать их, рассказывать о вреде алкоголя.

— Каким образом можно повысить информированность общества, особенно врачей, от которых во многом зависит общественное здоровье, — о вреде алкоголя? Потому что, действительно, многие врачи (и не врачи) считают, что алкоголь в малых дозах употреблять можно и даже нужно, поскольку это полезно.

— Ну вот мы с вами встретились, побеседовали...

— То есть, с помощью средств массовой информации?

— Да, с помощью электронных, печатных и прочих СМИ, выступлений на конференциях, посвященных этой проблеме. Я по этому поводу выступал в программе «Здоровье» Елены Малышевой на Первом канале ТВ и на «Радио России», рассказывал о вреде алкоголя. И некоторые результаты есть: Россия по потреблению алкоголя переместилась с 1-го на 4-ое место. На первом месте теперь Литва, на втором — Белоруссия, на третьем — Латвия, а на четвертом — Россия (с Польшей) — 12 литров на душу населения. А раньше было 18 литров на душу населения. Эти перемены произошли в нашей стране благодаря государственной программе по сокращению употребления алкоголя. Конечно, есть врачи, которые и сейчас продолжают убеждать всех в пользе алкоголя. А вот выдающийся врач и ученый Сергей Петрович Боткин утверждал, что алкоголь

вызывает атеросклероз (причем Боткину в то время было всего лишь 35 лет).

В XX веке в течение 45 лет в 14 европейских странах проводилось исследование с целью изучения связи смертности от цирроза печени и изменений среднелетнего потребления алкоголя (за период с 1950 по 1995 годы). Это исследование показало, что смертность от цирроза печени прямо пропорциональна количеству употребляемого алкоголя. То есть, чем больше граждане страны потребляют алкоголь, тем выше там смертность от цирроза печени. И если потребление алкоголя в стране растет на 1 литр (среднее употребление алкоголя), то смертность от цирроза печени у мужчин вырастает на 32%, а у женщин — на 17%. Пока еще женщины пьют меньше, чем мужчины. Однако мальчики и девочки уже пьют одинаково, и в этом, собственно говоря, есть вина и врачей (которые и сами пьют, и спокойно относятся к тому, что детей приучают с ранних лет к алкоголю).

— Каким же образом детей приучают к алкоголю с ранних лет?

— Вот как работает алкогольный бизнес: продают, например, детское шампанское сладкое. В этом напитке отсутствует алкоголь, но у человека с ранних лет праздник ассоциируется с бутылкой шампанского, а потом сладкое безалкогольное шампанское легко меняется на алкогольное. Допустим, бутылка безалкогольного шампанского на выпускном утреннике в детском саду — это разве нормально? Куда мы придем таким образом?

— Получается, вредно и безалкогольное пиво? Его тоже нельзя пить?

— Безалкогольное пиво можно пить (как и безалкогольное вино), вот только никто его пить не хочет, потому что все себя хотят привести в состоянии алкогольного опьянения, чтобы уйти из этой жизни в иллюзорный мир.

— Расслабиться и снять стресс...

— Не снимается стресс таким образом, только уходит на время, зато потом возвращается с большей силой. Это давно доказано.

— Насколько сложно, по вашему мнению, раз и навсегда отказаться от алкоголя?

— Я лично с 1985 года не пью алкоголь, он мне совершенно не нужен. Не надо уходить от реальности! В этой жизни и так хорошо.

— Так как же врачей убедить в абсолютном вреде алкоголя?

— Просвещением. Например, я сегодня выступал перед врачами. И в начале выступления я спросил, есть ли среди присутствующих люди, не знающие вкуса алкоголя. Ни одной руки не



Сергей Плюснин:

«НЕТ ОСНОВАНИЙ ПРЕДПОЛАГАТЬ НАЛИЧИЕ БЕЗОПАСНЫХ ДОЗ АЛКОГОЛЯ»

Окончание. Начало на стр. 1

поднялось! О чем тут можно говорить... Что тогда пациентам делать? Стоит отметить, что среди пациентов гораздо большее количество непьющих людей, чем среди врачей, как это ни странно. Результаты следующего нашего исследования меня совершенно поразили: на вопрос, существуют ли опасные дозы алкоголя, участвующие в опросе врачи-мужчины ответили «да», а четверть опрошенных врачей-женщин — «нет».

— Скажите, пожалуйста, изменилась ли статистика смертности от цирроза печени в РФ за последние 3 года, если «да», то каким образом?

— Да, поскольку за это время снилось потребление алкоголя, — снова от мечу, что было у нас 18 литров на душу населения, а стало 12 литров — то начала снижаться и смертность от цирроза печени.

— Существует мнение, что антиалкогольная кампания, проводимая в перестроечные времена, привела к росту числа наркозависимых людей, — алкоголь заменили наркотики. Не приведет ли, по вашему мнению, снижение доступности алкоголя к увеличению числа наркоманов в РФ в наши дни?

— Нет, конечно. Дело в том, что наркомания была всегда в Советском Союзе, просто никто раньше про нее не говорил. Я учился в вузе в начале восьмидесятых годов, и в 1980 году на лекциях по психиатрии нам приводили цифры наркоманов в Ростовском университете: 15%. Это 1980 год! Какая антиалкогольная кампания? Тогда ее не было. Другое дело, что если возникла зависимость, ее вылечить, практически, невозможно, можно заместить чем-то. Из алкоголика можно сделать трудолика или наркомана. Как правило люди редко употребляют и алкоголь, и наркотики, обычно либо то, либо другое. А вот чтобы человек пил водку и наркотики употреблял — такое происходит очень редко. Это де-

лает человек, который запрограммирован на самоубийство, но боится повестись. Кстати, в Европе не пользуются термином «алкоголик», там говорят «зависим от алкоголя», а ведь зависеть можно по-разному.

— Как не удивительно, но иногда пережитый в детстве отрицательный опыт (когда ребенок видит родственника-алкоголика) действует лучше любой антиалкогольной пропаганды. Я знаю человека, который прожил с младенчества в одной квартире с дядей-алкоголиком, был свидетелем его пьяных «подвигов», поклялся никогда не пить и свою клятву сдержал.

— Такое действительно случается. Тут должен быть особый склад характера. Обычно это происходит с творческими людьми. Но все же это — довольно редкие случаи.

— К какой аудитории, на ваш взгляд, прежде всего следует обратить антиалкогольное просвещение?

— Прежде всего необходимо работать с детьми, подростками, женщинами (и особенно с беременными женщинами). Именно с этим контингентом надо работать. Потому что если мать не будет пить, то и ее дети не будут пить. Вы можете представить пьющую женщину в Чечне? Или пьющего старика, лежащего под забором? Никогда там такого не увидите!

— Расскажите, пожалуйста, о взаимосвязи алкоголя и цирроза печени.

— Алкоголь — основной этиологический фактор цирроза печени не только в России, но и в Европе. Это гепатотропный яд. Европейской ассоциацией по изучению болезней печени в 2012 году был вынесен вердикт, что нет оснований предполагать наличие безопасных доз алкоголя. Выявлено увеличение риска смерти от цирроза печени у мужчин и женщин, употреблявших

12—24 грамм этанола в день. У женщин риск значительно повышался при употреблении алкоголя до 12 г в день. В России в течение последних 15 лет проводились исследования, показавшие, что средняя продолжительность жизни пациентов, имеющих заболевания печени из-за злоупотребления алкоголем — 54 года. Разумеется, если к этому прибавляется ожирение или вирусный гепатит, то все происходит значительно быстрее. Существует миф — что люди с большой массой тела могут себе позволить выпить больше, чем те, кто обладает меньшей массой тела. Это не так. Человеку с ожирением вообще к алкоголю прикасаться нельзя. Конечно, бывают исключения. Но лучше не уповать на это. Можно просто вспомнить родственников: если были в семье люди пьющие или зависимые от алкоголя, тогда человеку даже прикасаться к алкоголю нельзя, особенно подросткам и молодежи. Почему в ряде стран, например, в Америке алкоголь разрешено продавать с 21 года? Да потому, что только к этому возрасту у человека полностью формируется система метаболизма алкоголя, такова физиологическая особенность молодого организма. «Как же так, — говорят, — человека в армию в 18 лет отправляют служить, ему автомат в руки дают, а алкоголь не продают!». Да, руки у него уже выросли, автомат может держать, а вот печень еще нет... А женщине, которая пока не родила, вообще нельзя к алкоголю прикасаться, — потому что если нерожавшая женщина начнет его употреблять, у нее резко возрастает риск развития рака молочной железы.

— В чем должны заключаться меры по борьбе с алкоголизмом, по вашему мнению?

— Меры по борьбе с алкоголизмом должны быть направлены на профилактику данного заболевания, в первую очередь. Любая профилактика делится

на две части: первичную и вторичную. Первичная профилактика направлена на предупреждение возникновения заболевания, ее необходимо сосредоточить на снижении или исключении потребления алкоголя. Требуется повышать уровень образованности населения и развеивать мифы о безопасных и тем более полезных дозах алкоголя. А вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидива болезни, на предупреждение осложнений заболевания. Она предполагает использование соответствующей терапии с применением метаболитических препаратов (гепатопротекторов). Вот у человека уже есть цирроз печени. Что надо делать, чтобы этот человек прожил как можно дольше? Иногда говорят: если он пьет, то и пусть пьет и умрет. А если это ваш родственник, близкий человек? Конечно, вам захочется ему помочь, чтобы он подольше прожил. Больного человека можно таблетками поддержать (гепатопротекторами). Из гепатопротекторов единственный с доказанной эффективностью — адеметионин. В России адеметионин представлен гептралом и гептором. Все остальное не влияет на выживаемость больного никоим образом. Поэтому повторю, самый лучший гепатопротектор — это врач, который опирается в своей работе на результаты достоверных клинических исследований и убежден в том, что безопасных доз алкоголя не существует.

Надо устранить причину заболевания. Если причина — в употреблении алкоголя, то нужно перестать употреблять алкоголь. Другие причины цирроза печени тоже бывают, конечно, но присоединение к ним самых малых доз алкоголя приводит к печальным последствиям. Я бы при каждом алкогольном заводе делал клинику для лечения людей от алкогольной зависимости.

Юлия Седова

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ ОТ 24 АПРЕЛЯ 2017 Г.

Доклад 1.

Редькин Юрий Алексеевич, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»

«Особенности лечения пациентов с сахарным диабетом»

По данным исследований NATION, сахарный диабет типа 2 встречается намного чаще, чем другие заболевания, и возраст пациентов — это пожилые люди. Прежде всего необходимо коснуться вопроса о клинических особенностях сахарного диабета в пожилом возрасте. Как правило сахарный диабет у пожилых чаще имеет бессимптомное течение, наблюдаются нарушения распознавания гипогликемических состояний, преобладание неспецифических жалоб, сочетанной полиорганной недостаточности, отсутствие гипергликемии натощак у 60%, наличие изолированной постпрандиальной гипергликемии у 50—70% больных, повышение почечного порога с возрастом, а также социальная изоляция и когнитивная дисфункция. Таким образом, пожилой возраст — это снижение продолжительности жизни,

высокий риск ИБС, а также вероятность побочных эффектов из-за полипрагмазии.

Для данного возраста необходимо ставить менее жесткие цели, а именно рекомендовать уровень гликированного гемоглобина в пределах 7,1—8,5%, если имеется низкая функциональная активность и множественные сопутствующие заболевания, а также тяжелые возвращающиеся гипогликемии в анамнезе и гипогликемическая настроенность. Таким образом, целевые значения гликированного гемоглобина у пожилых должны быть меньше 8,5%, а глюкоза крови натощак или перед едой должна быть в пределах 5,0—12,0 ммоль. Важно избегать гипогликемий, так как данное состояние ведет к повышению смертности, поэтому правильный подбор препаратов ведет к профилактике гипогликемий. Пациенты, принимающие сахароснижающие препараты, должны еще выполнять аэробные физические нагрузки или нагрузки с сопротивлением, которые способствуют снижению сахара в крови, если отсутствуют противопоказания.

При назначении сахароснижающих препаратов у пожилых пациентов суль-

фанилмочевина должна использоваться с осторожностью из-за риска гипогликемий, начальная доза этих препаратов должна составлять 50% от стандартной дозы и повышаться более медленно, препаратами выбора являются гликлазид и глимепирид. Вторая группа препаратов — это тиазолидиндионы, должны применяться с осторожностью из-за повышенного риска переломов и сердечной недостаточности. Пациенты с сахарным диабетом типа 2 имеют избыточную массу тела, поэтому необходимо соблюдать программу по изменению образа жизни (массу тела необходимо сбрасывать постепенно), а также применять препараты (метформин, агонисты рецепторов GLP-1).

Каковы особенности лечения сахарного диабета у пожилых? Прежде всего следует оценить уровень функциональной активности и на ее основе индивидуализировать цель гликемии, избегать гипогликемии особенно при когнитивных нарушениях, рекомендовать простые диеты, подбирать гипогликемическую диету. Инсулинотерапию назначают при впервые выявленном сахарном диабетом 2 с гликированным гемоглобином больше 9%, при наличии

симптоматики декомпенсации, отсутствия достижения индивидуальной цели на фоне лечения ПССП, агонисты рецепторов ГПП-1 и их комбинаций, при наличии противопоказаний и непереносимости ПССП агонистов рецепторов ГПП-1, кетоацидозе, оперативном вмешательстве, обострении хронических заболеваний. Если назначен инсулин, то должно быть измерение глюкозы крови «по часам» для предотвращения проблем с введением инсулина и наглядное представление времени определения уровня глюкозы крови.

Вопрос: Можно ли расценивать диуретическую реакцию как очищение крови от сахара?

Ответ: Можно. Кроме этого есть еще и препараты, которые воздействуют на этот процесс.

Вопрос: Какие преимущества глюкометра со второй каплей компании Асцензи?

Ответ: Да есть такие глюкометры. Когда выдавливаешь каплю и ее не хватает для тест-полоски, то можно донести вторую каплю и результат получится правильным. Рекомендован для пожилых пациентов, так как у них часто мало крови при проколе пальца.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ ОТ 29 МАЯ 2017 Г.

Доклад 1.

Мхитарян Элен Араиковна, к.м.н., врач-невролог, заведующая лабораторией нейрогерiatrics и когнитивных расстройств

«Умеренные когнитивные расстройства: диагностика и лечение»

Многие считают, что когнитивные расстройства в пожилом возрасте — это естественный процесс старения, при котором идет уменьшение массы мозга, снижение число синапсов, а также изменения в белом веществе. Но если проблемы с памятью приводит к трудностям в быту или пациент сталкивается с ситуациями, которые привели к нарушению памяти, то данное состояние нельзя считать нормальным старением мозга и, следовательно, есть причина, которая привела к нарушению памяти.

Высшие когнитивные функции — это память, внимание, праксис, гнозис, речь. Мы лечим не нарушение памяти, а болезни, которые привели к ее нарушению. Когнитивные расстройства — это заметное снижение когнитивных функций по сравнению с исходным индивидуальным или средним возрастным и образовательным уровнем вследствие органической патологии головного мозга.

Когнитивные расстройства делятся на субъективные, легкие, умеренные и деменцию. Важно обратить внимание на умеренные когнитивные расстройства, когда пациент предъявляет активные

жалобы. Нарушения видны для окружающих, при нейропсихологическом тестировании выявляются изменения в одной или нескольких сферах, профессиональная деятельность и бытовая активность не страдают. Очень важно обращать внимание на додементных пациентов, так как доказано, что 10—15% умеренных когнитивных нарушений в течение года переходят в деменцию, а за 5 лет — 55—70%. Было выяснено, что при своевременном и правильном лечении удается продлить этот период перехода.

Что же такое деменция? При данном состоянии возможное отсутствие жалоб у пациента, нарушения заметны для окружающих лиц, при нейропсихологическом тестировании выявляются изменения в нескольких сферах, наблюдается нарушение самообслуживания у пациентов.

На данный момент деменция — это большая проблема, Россия, по данным ВОЗ, входит в состав девяти стран с наибольшими показателями по деменции: около 2 млн человек страдает данным заболеванием, специфическое лечение получают не более 5%.

Факторы риска развития деменции делятся на некорректируемые (пожилой возраст, семейный анамнез по деменции, женский пол, носительство аллеля АР0Е4, ЧМТ в анамнезе), корректируемые (артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, ожирение, гиподинамия, курение и др.) Доказано, что физическая активность улуч-

шает когнитивные функции, что приводит к повышению объема гиппокампа, уменьшению связанной с возрастом потери объема серого вещества, снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний. К легким и умеренным когнитивным нарушениям приводят сосудистые и цереброваскулярные заболевания, а причиной деменции является болезнь Альцгеймера. Патология сосудов когнитивных расстройств состоит в том, что в результате сердечного-сосудистых изменений происходит нарушение мозгового кровообращения и возникают очаговые, диффузные повреждения мозга.

Рекомендуемые клинические и лабораторные исследования, при наличии когнитивных нарушений, включают в себя общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, анализы крови на гормоны щитовидной железы, В₁₂, фолиевой кислоты, нейропсихологическое тестирование, ЭКГ, суточное мониторирование, дуплексное сканирование МАГ, КТ или МРТ головного мозга, ПЭТ.

Остановимся подробнее на нейропсихологическом тестировании. В него входят следующие виды тестов: MMSE, КОГ, монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОКА-ТЕСТ), тест рисования часов, батарея тестов на лобную дисфункцию, тест запоминания 12 слов, тест ассоциаций. Все это необходимо для того, чтобы выявить таких пациентов и понять, что с ними дальше делать.

Лечение делится на немедикаментозное (когнитивный тренинг, физические упражнения) и медикаментозное (коррекция факторов риска, нейропротективная терапия). Лечение недементных когнитивных расстройств включает в себя вазоактивную терапию (фитопрепараты, ингибиторы фосфоэстеразы, блокаторы кальциевых каналов, альфа-2-адреноблокаторы, блокатор серотониновых рецепторов 5-HT₂, нейрометаболическая терапия (ГАМК-ергические препараты, производные пириролидона, нейропептиды, предшественники фосфолипидов, антиоксиданты).

Препарат Ноопепт обладает метаболическим, противовоспалительным, противотревожным действием, а также улучшающим микроциркуляцию. Применяют внутрь, после еды, в дозе 20 мг по 10 мг в два приема в течение дня. При недостаточной эффективности терапии и при хорошей переносимости дозу повышают до 30 мг по 10 мг на 3 приема в течение дня. Не следует применять препарат после 18 ч. Длительность курсового лечения 1,5—3 мес. Улучшение когнитивных функций памяти и внимания наступает через 14—20 дней, а анксиолитическое и легкое стимулирующее действие — через 5—7 дней.

Вопрос: Как обстоит дело со статинами и какое отношение к алкоголю?

Ответ: Статины предотвращают развитие деменции, а вино можно давать не более одного бокала в сутки.

ПАМЯТИ П.П. ПЫРКОВА



4 июля 2017 г. скоропостижно скончался Павел Петрович Пыркков. Это имя, скорее всего, ничего не говорит большинству читающих нашу газету. Да и не надо. Он был психиатром. Павлу Петровичу исполнилось 75 лет, из них 52 года он посвятил любимому делу своей жизни. В 1965 году Павел Петрович окончил педиатрический факультет Казанского медицинского института, три года работал детским психиатром в Чебоксарской Республиканской психиатрической больнице. Прошел специализацию в Центральном институте усовершенствования врачей на кафедре, возглавляемой известным детским патриархом профессором Груней Ефимович Сухаревой. Судьба занесла Павла Петровича врачом-психиатром в госпиталь Дальневосточного военного округа, где он стал участником событий на острове Даманском. В 1970 г. Павел Петрович приезжает в Москву, работает в психоневрологическом диспансере № 10. Он стал одним из инициаторов создания уникального специального цеха на 200 мест в объединении Московского электролампового завода, проработав там в течение 11 лет.

В 1984—1994 гг. он руководил созданным им под руководством профессора В.С. Ястребова отделением реабилитации в Научном центре психического здоровья АМН СССР (позже — РАМН).

С 1994 по 2014 г. Павел Петрович стал работать консультантом в ГКБ № 7 Москвы, где, собственно, мы с ним и познакомились. Здесь стала развиваться соматопсихиатрия в крупнейшей многопрофильной больнице города. Каждый день в каждом отделении Павла Петровича ждали пациенты и врачи хирургического, кардиологического, терапевтического и иных профилей, ждали его профессионального вмешательства в терапевтический процесс, его незаменимого психотерапевтического участия. Общение с ним всегда доставляло удовольствие: он был со всеми доброжелателен, обходителен, весел. Без всяких анекдотов и сальностей — от него исходило благодушие и всегда становилось легче. Он был своим во всех ординаторских. К нему обращались и частным образом — у кого из нас нет знакомых, нуждающихся в помощи грамотного специалиста. Всегда без отказа. И без денег. Махал руками, когда заходил вопрос об оплате.

В 2000 г. Павел Петрович обобщил опыт своей работы в диссертации на поискание ученой степени к.м.н. «Клинико-социальные основы промышленной реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний». Сегодня этот опыт вновь остро востребован в рамках реформы психиатрической помощи в нашей стране.

Павел Петрович часто ходил к нам на кафедру, приносил газету «Психиатрия. Нить Ариадны», в издании которой он принимал активную роль, будучи членом редакционной коллегии. Кажется, эта газета появилась благодаря Вестнику МГНОТ: уж очень ему понравилась наша газета. Хотя они разные. Павел Петрович Пыркков был активным членом Российского Общества психиатров, Региональной общественной организации «Клуб психиатров», организационного комитета Московского Фестиваля творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны», Российского общества медиков-литераторов им. М.И. Буянова. Он часто рассказывал про общественную дея-

тельность психиатров в городе. Участвовал в наших геронтологических конференциях, правда старался не выступать. Стеснялся. Хотя он обобщал опыт своей работы в публикациях, выступлениях с докладами на конференциях, съездах, международных симпозиумах.

Павел Петрович по-доброму завидовал деятельности МГНОТ. Он часто приходил на наши заседания, говорил, что ему жалко, что психиатры не собираются так, как терапевты, не обсуждают животрепещущие темы.

Сколько больных прошло через наши совместные руки — не перечислить. В скоромощной больнице такой человек — надежная опора любому специалисту. Но вот 3 года назад, аккурат в июле, пришла беда — под корень уничтожилась 7 больница, из нее массово изгонялись врачи, базирующиеся там кафедры, научные подразделения. Павел Петрович был уволен вместе с десятками других сотрудников. Оптимизация, будь она неладна. Он сник. Это ощущалось. Мы-то помоложе, коллектив как-никак. А он — одиночка. Он никому не навязывался в дружбе. Я периодически призывал его к работе, но прежнего горения я в разговоре не слышал. Где-то он преподавал медсестрам, но явно его это не привлекало. Депрессия очень ощущалась. На наших заседаниях терапевтического общества молчал. Я поднимал его, когда тема касалась пограничных состояний, но отвечал он не очень впадал. Рассеянный был какой-то. И вот позвонили с его телефона и сказали, что Павла Петровича больше нет. Павел Петрович останется в нашей памяти примером глубокой преданности клятве Гиппократова, беззаветного служения пациентам, продолжателем славных традиций отечественной психиатрии, человеком высочайших духовных достоинств.

Он — очевидная жертва модернизации медицины города. Он убит этой жестокой модернизацией. В этом нет никаких сомнений. Еще одно тихое убийство нашим вице-мэром — псевдо-профессором. Жируйте...



Книга — это учебное пособие для врачей, сталкивающихся в своей практике с пациентами, имеющими повышенную температуру тела. В основе гипертермии может лежать много разнообразных заболеваний — от психических расстройств до нарушения терморегуляции в результате врожденных дефектов, от тяжелых инфекционных заболеваний — до опухолей и системного васкулита. Каждый врач должен разбираться в лихорадке, устанавливая правильный диагноз самостоятельно. Однако всегда остается место для неясных больных. В этом случае врачу помогут представленные в книге алгоритмы обследования, сведения об этиологии и патогенезе лихорадки. Книга предназначена для врачей всех специальностей, курсантам последипломного образования, студентам медицинских вузов.

Теперь «Лихорадка без диагноза» выходит в новом виде мобильного приложения, ее всегда можно иметь в кармане на смартфоне или на планшете, не используя бумажную версию.

Доступна в App Store
Доступна на Google Play

РАЗБОР НЕВЫСОКОГО ПОЛЕТА

В последние времена «Медицинская газета» стала публиковать разборы больных типа клинических разборов. Вот и в № 25 от 2017 г. опубликован такой разбор под названием «Привычный сценарий» (Хотели как лучше, а вышло как всегда).

Инициаторы таких разборов (чаще всего высокоуважаемый Л. Печатников — руководитель Департамента здравоохранения г. Москвы ДЗМ) ставят перед собой глобальную (почти Пироговскую) цель — разобрать больного и показать ошибки врачей в назидание другим врачам Российской Федерации, чтобы они старались не делать таких ошибок. Разумеется — цель очень даже благородная... Но, в таком случае сами авторы публикаций должны бы показать высший класс своей грамотности, чего, увы, нет в этой статье.

Пациента привезли впервые в больницу № 15 ДЗМ, терапевт осматривает больного и выставляет диагноз: артериальная гипертония 3-й ст. (степени или стадии?), постоянная форма мерцательной аритмии, НК 2Б, ожирение. В комментариях к этому диагнозу инициаторы разбора предъявляют претензии только к диагнозу мерцательной аритмии. На самом же деле в диагнозе имеются ошибки гораздо более удивительные. Так, артериальная гипертония характеризуется как 3 ст. при давлении 140/90 мм рт. ст. Сразу возникает вопрос: а знает ли консультант классификацию гипертонии? Вот современная классификация.

Нормы: оптимальное 120/80; нормальное 120/129/80—84; высокое нормальное 130—139/85—89; гипертензия 1-й степени (мягкая) 140—159/90—99; 2-й степени (умеренная) 150—179/100—109; 3-й степени (тяжелая) >180/>110.

Как видно у пациента и близко нет 3-й степени, а имеется 1-я степень. И по этому поводу никаких замечаний нет.

Далее: написано — НКБ2. Расшифровки нет. Если имеется в виду недостаточность кровообращения, то этот диагноз остается абсолютно неясным. При осмотре терапевтом не зафиксирован ни один признак недостаточности кровообращения (кроме тахикардии, но у больного фибрилляция предсердий!) — ни числа дыхательных движений, ни набухания шейных вен, ни их усиления при надавливании на печень в горизонтальном положении, ни отеков ног, ни характера отеков (если они были) — рыхлые, белые холодные или упругие, теплые, цианотичные. Далее — нет оценки характера фибрилляции предсердий по частоте пульса (бради-нормо- или тахисистолическая, что имеет большое значение для лечения).

Следующий дефект: ожирение. Ожирение бывает двух типов — брюшное и обычное с распределением жира по всему телу. Это также имеет принципиальное значение — брюшное ожирение сразу должно заставить врача заподозрить наличие метаболического синдрома и предпринять соответствующий поиск (как минимум — определение объема живота и бедер, уточнение есть ли нет нарушения толерантности к глюкозе, выяснить наличие нарушения липидного обмена), что естественно не сделано.

Ладно, далее хоть правильно диагностировано сопутствующее рожистое воспаление и соответственно он переведен в инфекционный стационар.

Вызывает удивление, что и врачи инфекционного стационара (или консультанты терапевты, если они были) допускают большие вольности в диагнозе. Правильно диагностированы рожистое воспаление, его форма и проведено соответствующее лечение. Но, вот диагноз в целом?! ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Этот термин, как правило, не применяется уже давно. На его место пришла кардиомиопатия. На-

сколько это верно или неверно — другой вопрос, но таковы согласованные традиции. Не говоря уже о том, что нет убедительных данных за атеросклероз (не определен липидный профиль, на ЭКГ не выявлены нарушения проводимости, нет экстрасистол и т.д.). Далее сохраняются те же ошибки диагноза, что были сделаны терапевтом в больнице № 15: АГ 3-й степени; НК 2Б; ожирение. Но тут же в диагнозе появляется новая болезнь и ее состояние: ХБП, ХПН.

И вновь при этом не указано ни одного доказательного симптома или анализа. Не определен креатинин сыворотки крови, не проведено определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (хотя бы по формуле Кокрофт-Гаулт), не определена микроальбуминурия (МАУ) (по достаточно легкой формуле). Я уже не говорю о том, что даже мысли нет о биопсии почки (это в Москве-то, в больнице ДЗМ).

Далее. Остался совершенно не оцененным эпизод резкого ухудшения состояния пациента на 5-й день его пребывания в инфекционном стационаре: резкая одышка при минимальной физической нагрузке (ЧДД 22 в мин.), цианоз губ, тахикардия — ЧСС 90 в 1 мин. Вызванный на консультацию кардиолог никакого диагноза не выставляет, хотя при наличии варикоза ног можно было провести хотя бы исключение тромбоза легочной артерии.

По затихании рожистого воспаления пациент переведен в больницу № 70 с диагнозом: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. НК 2. АГ 3-й степени. И добавляется новый диагноз «хронический пиелонефрит в стадии обострения», ХБП, ХПН. Лимфовенозная недостаточность нижних конечностей.

1. Здесь кто-то из комментаторов разбираемого случая написал: «Несмотря на клиническую очевидность, диагноз «нефротический синдром» поставлен не был». Приходится констатировать, что читателю не очень ясна эта «клиническая очевидность». Вот основные 4 признака нефротического синдрома:

2.1. Гиперпротеинурия (повышено выделение белка с мочой) — при этом важнейший признак нефротического синдрома — потеря более 3,5 грамм в сутки!!!

Почему же возникла такая ошибка в диагнозе? А потому, что в столице нашей родины, в Москве, в Департаменте здравоохранения города не проводится самый главный анализ при заболеваниях почек — биопсия.

3.2. Гипопротеинемия (снижение количества белка в крови) — менее 50 г/л.

4.3. Гиперлипидемия (повышение количества холестерина) — более 6,5 ммоль/л.

5.4. Отеки, достигающие иногда до степени анасарки (отек всей подкожной клетчатки тела и большинства внутренних органов).

6. А ведь ни один из этих симптомов в разборе не приведен — только общие термины, по которым судить о нефротическом синдроме абсолютно не допустимо.

Далее. Новый диагноз ««хронический пиелонефрит в стадии обострения» вновь вызывает недоумение. Ранее еще в инфекционной клинике при обследовании написано: «гиперпротеинурия», что означает наличие большого количества (к сожалению, цифр нет!) белка в моче. А при пиелонефрите практически НИКОГДА не бывает большой протеинурии — только до 1 г/л, но не выше и даже 1 г/л должен вызывать мысль о необходимости дифференциации с другой почечной патологией. А тут не проведен даже такой элементарный дополняющий тест, как ТТГ тест на бактериурию. А повышенное количество лейкоцитов бывает и при другой патологии почек (например, так называемая реактивная лейкоцитурия при гломерулонефрите или амилоидозе).

В больнице № 70 на основании УЗИ исследования добавлено множество диагнозов: хронический панкреатит, гепатоспленомегалия, жировой гепатоз, ДЖВП. Они существенной роли в судьбе пациента не играют, но вот на наличие гепатоспленомегалии так и не обращено никакого внимания. Никто, в том числе и те, кто проводит данный разбор, не дал себе труда оценить ее, подумать об этиологии.

Пациент долго в 70-й больнице не задержался и был выписан на амбулаторное лечение, вероятнее всего с теми же диагнозами.

Ожирение бывает двух типов – брюшное и обычное с распределением жира по всему телу. Это также имеет принципиальное значение – брюшное ожирение сразу должно заставить врача заподозрить наличие метаболического синдрома...

Повторно он госпитализирован через 2 года в ту же больницу № 15. На этот раз у него снова возник синдром, схожий с тем, что ранее развился при пребывании в инфекционной клинике: острая одышка в покое, сердцебиение, слабость. Объективно: пастозность ног, приглушение и аритмичность тонов сердца, АД 80/50, сахар крови 7,2 ммоль/л (!). ЭКГ — та же фибрилляция предсердий; сатурация O₂ — 93%. Выставляется диагноз: постоянная форма мерцания предсердий, декомпенсация ХСН (?).

И здесь возникают вопросы: у пациента остро! возникает одышка в покое, а она оценивается как «декомпенсация ХСН» (абсолютно неверное сочетание терминов — ХСН, иначе это и есть декомпенсация сердечной деятельности. Как же может быть «декомпенсация ХСН»? Остается вне мышления клинициста гипергликемия: 7,2 ммоль/л натощак — это уже признак нарушения толерантности к глюкозе или начальной стадии сахарного диабета и требует определенных действий врачей по уточ-

нох для последнего диагноза никакие доводы не приведены.

При обследовании пишется: в крови «гиперазотемия»? Совершенно непонятна тенденция в этом разборе не приводить количественных данных результатов анализов (это ненамного увеличивает объем статьи, зато сделает многое понятным врачам). Например, вместо «гиперазотемии» написать: «Креатинин крови 840 мкмоль/л, СКФ — 30». ХПН может быть 4 степеней (I, II, III, IV — терминальная). А степень ХПН играет исключительно важную роль в лечении. Кроме того, сегодня абсолютно неграмотно говорить о ХПН без определения СКФ и МАУ, упоминания о которых нет в разборе.

Состояние больного продолжало ухудшаться, проконсультирован нефрологом и выставляется следующий «скорректированный» диагноз: хронический гломерулонефрит (без указания варианта), с переходом в терминальную стадию почечной недостаточности. ДВС-синдром. Вторичный гиперпаратиреоз. Здесь не очень ясно, куда подевалась остальная патология — атеросклеротический кардиосклероз с фибрилляцией предсердий, АГ, ХБП, МКБ, и не приведен ни один показатель наличия ДВС-синдрома, что делает непонятным выставление этого диагноза.

Лечение не дает результатов, исход — летальный. Вскрытие, патологоанатомический диагноз: генерализованный амилоидоз с поражением почек, миокарда, надпочечников, селезенки, поджелудочной железы, печени и желудка. Острая почечная недостаточ-

ность на фоне хронической. Прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность. Дистрофические изменения внутренних органов. Мелкоочаговая пневмония.

К сожалению, и здесь не без огрехов. «Острая почечная недостаточность на фоне хронической». Как она определена патоморфологом? Ведь в истории болезни нет данных о развитии анурии, которая является одним из основных признаков ОПН, о катетеризации мочевого пузыря для установления отсутствия мочи, не указано, что креатинин в это время резко возрос. Не сделана попытка определить, хотя бы предположительно, первичный это амилоидоз или вторичный и т.д.

Вернемся теперь к пациенту в целом.

Почему же возникла такая ошибка в диагнозе? А потому, что в столице нашей родины, в Москве, в Департаменте здравоохранения города не проводится самый главный анализ при заболеваниях почек — биопсия. Ведь уже при первом поступлении у него были признаки неясной патологии почек: протеинурия, эритроцитурия, гипопротеинемия, (возможно и отеки, которые нигде не зафиксированы, а ряд докторов говорят о «нефротическом синдроме»). Уже эти данные требуют обязательной биопсии почек, поскольку это единственный на сегодня способ разобраться в такой почечной патологии, оценить пиелонефрит это или гломерулонефрит, какой морфологический вариант гломерулонефрита, или это просто тубулярная патология или другая какая причина. Ясно же, что, если бы это было сделано, то диагноз был бы выставлен еще в первое поступление пациента.

**В «МЕДИЦИНСКОЙ ГАЗЕТЕ»
НАЧАЛИ ПУБЛИКОВАТЬ
СОМНИТЕЛЬНЫЕ
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ**

Очень удивителен факт: На разборе выступают самые знатные «главные» доктора ДЗМ — и у ни у кого из них нет претензий к тем ошибкам обследования и формулировок диагнозов, о которых я говорил выше. Не странно ли это? Здесь ведь возникает самый главный вопрос: может ли такой анализ случая быть примерным для грамотных врачей?

И последнее. Профессор Л. Печатников утверждает, что «в нашей стране самым лучшим знатоком амилоидоза была О.М. Виноградова». Я очень уважал и уважаю память О.М. Виноградовой. Но, к сожалению, она никак не могла быть «лучшим знатоком» этой патологии в России. Она занималась только ограниченным типом амилоидоза — первичным и генетическим. Все общие вопросы и классификации и клиники и диагностики и лечения в том числе и о первичном и генетическом варианте, в наиболее полной мере были изложены нами — мной и В.В. Серовым. Доказательства?

Множество статей в центральных журналах СССР в 60—70-е годы (ни у кого другого в нашей стране нет такого количества статей по всем аспектам амилоидоза) и 3 монографии:

1. И.А. Шамов. Амилоидоз. Махачкала, Дагкнигоиздат, 1970. 120 с.
2. И.А. Шамов. Клиника, диагностика и лечение амилоидоза. Махачкала, Дагкнигоиздат. 1974, 178 с.
3. В.В. Серов, И.А. Шамов. Амилоидоз. М.: Медицина. 1977. 287 с.

И вышли все эти статьи и книги на 10 лет раньше, чем книга О.М. Виноградовой об одном из типов этой болезни. И как раз эти книги остаются и по сегодня основными книгами по всем разделам амилоидоза.

**Шамов Ибрагим Ахмедханович
Лауреат Государственной премии СССР по науке, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, член Союза писателей СССР и Союза журналистов РФ, эксперт ЮНЕСКО по биоэтике, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Даггосмедуниверситет», доктор медицинских наук, профессор.**

От редакции. Вот такое неожиданное письмо. Согласен с автором: публиковать в центральной медицинской газете набор ошибок и недоделок, характеризующий низкий уровень врачебного мышления, наверно, не стоит. Ничего необычного в этом случае нет. Кроме того, что не сделаны элементарные исследования, начиная с суточной протеинурии, оценки функции почек и т.д. Не ставят диагноз «острая почечная недостаточность на фоне хронической» — это нонсенс. Либо — либо. В Москве много говорят о разном, но малоинформативных разборах полета, которые проводит вице-мэр по социальным вопросам Л. Печатников. Говорят — это театр одного актера. Но актер-то посредственен, хоть и со связями. Начнем с того, что Л. Печатников не профессор, хотя везде его так именуют, а он — не возражает. Тщательный поиск его докторской диссертации, время и место присвоения высокого звания сыскать не удалось. Какой-то лепет про французского профессора, мол там ему дали — тоже не прошел, так как ссылок на источники нет. Вопрос широко обсуждался, но, как обычно, затих. Так и осталось: псевдопрофессор проводит псевдоразборы, демонстрируя псевдокомпетентность. Получается — каков поп, таков и приход. Отсутствие преемственности, клиническая безграмотность стали визитной карточкой столичного здравоохранения. Обидно за медицину.

Главный редактор П. Воробьев

ИнтерНьюс

Исследователи NIAID обнаружили причину восприимчивости к простуде

Исследователи из Национального института аллергии и инфекционных заболеваний (NIAID), входящего в Национальные институты здравоохранения (NIH), сообщают об идентификации генетической мутации, которая приводит к повышенной восприимчивости к заражению риновирусами человека (human rhinoviruses, HRV) — основной причины простуды.

Как указано в заявлении NIAID, речь идет о мутации в гене IFI1, которая ведет к синтезу дисфункциональных белков MDA5* в клетках дыхательных путей. Ранее было обнаружено, что лабораторные мыши, не имеющие нормально функционирующего MDA5, не могут обнаружить генетический материал нескольких вирусов, что делает их неспособными запускать соответствующие иммунные реакции против них.

Сообщается, что мутацию обнаружили у ребенка с историей тяжелых инфекций, вызванных HRV. Мутировавший белок MDA5 у ребенка был не способен распознать риновирусы, препятствуя иммунной системе вырабатывать интерфероны.

Случай, опубликованный на страницах Experimental Medicine, описывает опасные для жизни респираторные инфекции, включая простуду, грипп и бактериальную пневмонию уже через несколько недель после рождения ребенка. После генетического анализа подозрение на первичный иммунодефицит было снято, но обнаружена описанная аномалия.

Исследователи провели анализ базы данных более 60 000 геномов добровольцев для оценки связи плохого состояния здоровья с мутацией гена IFI1. И обнаружили несколько вариантов мутаций, которые могли бы привести к менее эффективной работе белка MDA5. Большинство людей с этими вариациями имели нормальную продолжительность жизни, здоровых детей, что привело к предположению о возможном влиянии других генетических факторов, которые могут компенсировать мутацию IFI1, либо добровольцы испытывали частые инфекции, но не сообщали о них.

Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) США расценивают 2—3 простудных заболевания в год у взрослых как норму, хотя число инфекций может варьировать в широких пределах в зависимости от образа жизни и условий окружающей среды.

* MDA5 является частью семейства RIG-I-подобных рецепторов (RLR).

<https://www.medvestnik.ru/content/news/Issledovateli-NIAID-obnarujili-prichinu-voSPIriimchivosti-k-prostude.html>

Московские поликлиники получат гранты за работу по ранней диагностике рака

Московские поликлиники, лучше всех ведущие работу по раннему выявлению рака у пациентов, получат гранты правительства столицы. Соответствующее решение было принято на заседании президиума столичного правительства.

«Количество людей, которые подвержены этим проблемам, увеличивается с каждым годом. Очень важно настроить всю поликлиническую сеть на раннее выявление таких заболеваний», — отметил мэр Москвы Сергей Собянин.

По данным департамента здравоохранения столицы, в настоящий момент в столичных медучреждениях наблюдаются 288 тыс. онкобольных. Эта цифра ежегодно увеличивается на 40—45 тыс. человек. Только у трети пациентов диагностируют рак на ранней стадии.

Постановление правительства предусматривает предоставление 30 грантов в шести категориях: раннее выявление рака предстательной железы (за каждый выявленный случай — 115 тыс. рублей), колоректального рака (110 тыс. рублей), рака легкого (95 тыс. рублей), рака молочной железы (80 тыс. рублей), рака желудка (35 тыс. рублей), рака шейки матки (30 тыс. рублей).

По словам руководителя департамента здравоохранения Алексея Хрипуна, средства грантов будут направлены для материального поощрения медперсонала. «Учреждение этого гранта будет способствовать улучшению всей нашей работы по обследованию и лечению больных онкологического профиля», — отметил он. Получателей и общие размеры гранта будет дважды в год определять комиссия департамента.

<http://tass.ru/moskva/4320589>

От редакции: не знают, куда деньги давать. Это полная профанация, то, что предлагает Депздрав Москвы.

Появилось устройство, способное в домашних условиях обнаружить жидкость в легких

По данным Университета штата Огайо, более половины всех пациентов, которые проходят лечение сердечной недостаточности, в конечном итоге оказываются в больнице в течение шести месяцев из-за накопления жидкости в легких. Израильская компания Sensible Medical вознамерилась изменить это при помощи носимого устройства SensiVest, которое в настоящее время проходит клинические испытания в Штате Огайо.

Устройство выглядит как жилет и имеет проводное подключение к планшету, пациент должен носить этот жилет на себе в течение 90 минут в день. Пока пациент, восстанавливающийся после операции, носит жилет, SensiVest собирает информацию об изменениях в организме человека при помощи радара, который излучает радиоволны, а после анализирует порядок нарушения этих волн, и на основании полученных данных делает выводы о наличии и объемах жидкости в легких.

Ежедневные измерения SensiVest будут храниться в защищенном облачном сервере, где их сможет отслеживать врач без необходимости вызова пациента на плановый осмотр. Таким образом, устройство экономит время и врача и пациента, при этом дает возможность держать здоровье пациента под контролем.

SensiVest на данный момент дает 87-процентный результат.

<http://www.fainaidea.com/nauka/medicina/poyavilos-ustrojstvo-sposobnoe-v-domashnih-usloviyah-obnaruzhit-zhidkost-v-legkih-127799.html>

Оценен долгосрочный риск рака у носителей мутаций BRCA1 и BRCA2

Исследователи оценили долгосрочный риск развития рака молочной железы и яичников у носителей мутаций генов BRCA1 и BRCA2, а также его связь с семейным анамнезом и позицией мутации в гене. Результаты проспективного мультинационального когортного исследования опубликованы в JAMA.

Как известно, мутации генов BRCA1 и BRCA2 связаны с высоким риском развития рака молочной железы и яичников. Для оценки долгосрочных рисков были отобраны 6036 женщин с мутацией BRCA1 и 3820 — с мутацией BRCA2, из которых 5046 не имели рака, у 4810 пациенток был выявлен рак. Включение в исследование происходило в период с 1997-го по 2011 год. Средний возраст женщин — 38 лет.

Риск развития рака молочной железы до 80 лет составил 72% для носителей мутации BRCA1 и 69% для носителей BRCA2. Совокупный риск рака яичников — 44 и 17% соответственно.

Совокупный риск контралатерального рака молочной железы через 20 лет после первого диагноза оценен в 40% у носителей BRCA1 и в 26% у носителей BRCA2.

Заболеемость раком молочной железы резко возрастала в возрасте 30—40 лет у носителей BRCA1 и в 40—50 лет у носителей BRCA2, а затем оставалась постоянной до 80 лет. Заболеемость раком яичников была в 3,6 раза выше среди пациенток BRCA1, чем среди носителей BRCA2, причем пиковая частота встречалась среди женщин в возрасте 61—70 лет независимо от типа мутации.

Риск новообразований молочной железы повышался для носительниц обеих мутаций с увеличением числа родственных первой и второй степени родства с раком молочной железы в анамнезе. Риск новообразований яичников, напротив, с семейным анамнезом не связан.

В случае, если мутация расположена в пределах областей c.2282-c.4071 в BRCA1 и c.2831-c.6401 в BRCA2, риск рака молочной железы был выше.

<https://www.medvestnik.ru/content/news/Ocenen-dolgosrochniy-risk-raka-u-nositelei-mutacii-BRCA1-i-BRCA2.html>

От редакции: цифры пугают, но это лишь цифры. Риск развития рака в 69% не обозначает, что у 69% женщин из 100 будет рак. Это игра в статистику.

Средняя продолжительность жизни россиян достигла рекордного показателя

Средняя продолжительность жизни в России достигла 71,87 года, что является рекордным показателем за всю историю наблюдений. Об этом, как сообщает газета «Известия», говорится в отчете Росстата за 2016 год.

Самые высокие показатели зафиксированы в Ингушетии (80,8 года), Дагестане (77,2 года) и Москве (77 лет). В целом, первое место среди федеральных округов, согласно данным Росстата, занимает Северо-Кавказский федеральный округ (75 лет).

При этом самые низкие результаты показала Республика Тыва. Там средняя продолжительность жизни составляет лишь 64,2 года. В конце списка также находятся Чукотский автономный округ (64,4 года) и Еврейская автономная область (65,8 года).

Разрыв в средней продолжительности жизни женщин и мужчин в России составляет десять с половиной лет. Если для женщин показатель составляет 77 лет, то для мужчин — 66,5 года.

Главный научный сотрудник Центра демографии и экологии человека при Институте проблем прогнозирования РАН Борис Ревич объяснил высокие показатели северокавказских республик «благоприятной средой обитания».

«Речь идет о чистоте воздуха, подземной родниковой воде, собственном хозяйстве, которое дает кисломолочные и мясные продукты, что важно для человеческого организма», — пояснил он. Высокий уровень средней продолжительности жизни в Москве в свою очередь объясняется доступом к высококачественной медицине.

За пять лет, с 2012 года, средняя продолжительность жизни россиян увеличилась с 70,2 года в 2012 году до 71,8 года. В 2015 году премьер Дмитрий Медведев заявил о достижении рекордного показателя средней продолжительности жизни в 71,4 года. В своем отчете перед Госдумой в апреле он сообщил, что продолжительность жизни в России с 2006 года выросла на шесть лет.

<http://www.rbc.ru/rbcfreenews/59548ac09a7947aea6551ef1>

От редакции: о какой продолжительности жизни идет речь — не ясно. Обман в том, что статистики поменяли это понятие и выдают за этот показатель годы предстоящей жизни. И отсюда такие победные релижи.

Ученые смогут регенерировать ткани сердца

В будущем можно будет восстанавливать ткань сердечной мышцы примерно так же, как регенерируют ткани актиний, заявляют ученые из Университета Флориды.

Результаты их работы опубликованы в журнале Proceedings of the National Academy of Sciences, сообщает портал Science Alert.

Исследования показывают, что самые первые клетки мышечной ткани, возникшие в процессе эволюции, были аналогичны клеткам сердечной мышцы и возникли из кишечной ткани существа, подобного актинии вида Nematostella vectensis.

Эта актиния обладает способностью к регенерации, даже будучи разделенной на несколько частей, в этом случае каждая такая часть становится самостоятельным организмом. Клетки этих актиний могут свободно трансформироваться в другие типы клеток и, таким образом, восстанавливать части тела в случае необходимости.

«Если мы лучше узнаем механизм взаимодействия генов, отвечающих за рост клеток сердца, станет возможной регенерация мышечной ткани», — заявил один из руководителей исследования Марк Мартиндейл.

Актиния вида Nematostella vectensis наиболее изучена. В 1990-х годах была разработана методика ее искусственного культивирования. В последние годы этот вид стал главным модельным объектом для изучения молекулярной биологии и биологии развития стректоидов.

<http://tass.ru/nauka/4371732>

П. Воробьев

«ТЮРЕМНАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ»

Мы уже не раз обращались к теме тюремной медицины. В Докладе Формулярного комитета о здравоохранении в России 2011 было сделано обобщение о состоянии проблемы, отмечено, что данным вопросом занимаются недостаточно. А.И. Воробьев, еще будучи Министром здравоохранения России, в 1992 году пытался провести передачу тюремной медицины из ведомственной в общегражданскую. В начале 2000-х годов наша команда начала лицензировать тюремные больницы и другие медицинские организации УФСИН. Это, по свидетельству работающих в системе, привело к появлению в системе кое-какого оборудования, так как снабжение медицины на зонах осуществлялось не просто по остаточному принципу, а по принципу «ничего». Был еще один значимый рубеж — проект Мирового банка реконструкции и развития под названием ВИЧ-СПИД-Туберкулез. В рамках этого проекта, в котором тоже довелось поучаствовать в качестве эксперта, в зоны-коллекторы больных с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом были поставлены современные бактериологические лаборатории, которые позволили проводить лечение туберкулеза не «на глазок», как это было раньше, а до достижения абациллярности. В результате смертность от туберкулеза, его распространенность в течение короткого времени снизились в десятки раз! Это — непреложный факт, отмеченный всеми независимыми экспертами, кто так или иначе занимался проблемой.



В связи с этим пассаж авторов, с которого начинается доклад, вызывает некоторое удивление. «Впервые в современной России общественность обратила внимание на проблему с доступом заключенных и осужденных к медицинскому обеспечению в условиях нахождения в учреждениях ФСИН после трагической гибели в московском СИЗО «Матросская тишина» аудитора консалтинговой компании «Firestone Duncan» Сергея Магнитского 16 ноября 2009. По утверждению адвокатов, смерть Магнитского стала следствием отказа администрации СИЗО предоставить подследственному необходимую медицинскую помощь».

Достаточно обратить внимание на рубрику про тюремную медицину в форуме нашего сайта «Общество фармакоэкономических исследований», где на протяжении вот уже более 10 лет обсуждается эта тема, ведется подборка публикаций. Это, в частности, позволяет выступать с экспертной оценкой по самым разным случаям в прессе.

Кто же авторы доклада. «Летом 2014 года Надежда Толоконникова, Мария Алехина и Петр Верзилов создали правозащитную организацию «Зона права», основной предмет деятельности которой — оказание юридической помощи осужденным и заключенным в связи с нарушениями прав последних в период нахождения в местах принудительного содержания. При этом значительное количество вопросов, поступающих в адрес правозащитников от заключенных и их родственников, связано с отсутствием качественной медицинской помощи, право на получение которой гарантировано Конституцией РФ каждому, независимо от его социального статуса.» Ну вот, что называется, и познакомились. В упоминавшемся уже Докладе Формулярного комитета мы писали, что с правозащитными организациями порой бывает трудно найти общий язык и нам, при подготовке доклада, сделать этого не удалось. Тем не менее, меряться тем «кто первый сказал мяу», наверно, глупо: важно, чтобы дело как-то столкнулось с мертвой точкой. А для этого нужна планомерная работа и усилия всех.

Цитировать и разбирать весь доклад смысла большого нет. Он довольно большой — более 30 страниц. Каждый может сам прочитать его, так как он в сети в свободном доступе. Но один раздел, на мой взгляд, следует обсудить подробнее. Это раздел 4 «Не способны лечить — отпусайте!» Разберем этот раздел:

«Национальное законодательство в области исполнения уголовных наказаний, связанных с лишением свободы, предусматривает, что осужденный, у которого в период после совершения им преступления было выявлено тяжелое заболевание, входящее в утвержденный Постановлением Правительства № 54 от 06.0-2.2004 года Перечень, имеет право обратиться в районный суд по месту нахождения исправительного учреждения с ходатайством об освобождении». Оказывается, есть два перечня заболеваний — этот, и второй, по которому

отпускают домой из СИЗО. Последний перечень был перутвержден гораздо позже, уже при Голиковой и мне приходилось писать отрицательный отзыв на него в процессе обсуждения проекта из-за чрезвычайной его жесткости. Фактически под домашний арест отпускают уже умирающих людей.

«В целях обобщения судебной практики и дачи разъяснений некоторых положений законодательства в данной сфере Пленум Верховного суда в своем Постановлении № 8 от 21.04.2009 года (с изменениями, внесенными отдельным постановлением № 51 от 17.11.2015 года) «О судебной практике условно-досрочного освобождения от отбывания наказания, замены неотбытой части наказания более мягким видом наказания», отметил: «По смыслу части 2 статьи 81 УК РФ, при решении вопроса об освобождении лица от наказания определяющее значение имеет установление судом наличия у осужденного тяжелой болезни, препятствующей отбыванию им назначенного наказания. Рассматривая соответствующее ходатайство осужденного, суд оценивает медицинское заключение специальной медицинской комиссии или учреждения медико-социальной экспертизы с учетом Перечня заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2004 года N 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью», а также принимает во внимание иные обстоятельства, имеющие значение для разрешения ходатайства по существу».

Таким образом, высший орган судов общей юрисдикции определил, что для положительного решения вопроса об освобождении тяжелобольного осужденного, суд, рассматривающий соответствующее ходатайство, должен установить лишь наличие заболевания, входящего в Перечень».

Само по себе такое положение звучит дико. Иначе говоря — есть перечень, который является не основанием для освобождения, а основанием для рассмотрения дела об освобождении в суде. Тогда для чего все эти сотрясения воздуха, если решение за судом? Естественно и следовательно заключение авторов: «На практике же суды повсеместно продолжают отказывать в освобождении, применяя следующие формулировки (приведены цитаты из судебных постановлений по делам адвокатов «Зоны Права»):

«— Однако, оценивая данные о личности осужденного и его заболевании, суд приходит к выводу о невозможности его освобождения из мест лишения свободы, поскольку ранее он судим, по отбытию наказания на путь исправления не встал, вновь совершил особо тяжкое преступление против личности, имеет незначительный отбытый срок наказания, действующие дисциплинарные взыскания за нарушение режима содержания, ни в чем положительном себя не проявил, администрацией учреждения не поощрялся, участия в общественной жизни отряда и учреждения не принимает, не стремится встать на путь исправления»;

«— Учитывая обстоятельства, характеризующие личность осужденного как представляющего повышенную опасность для общества, имеющего стойкую антиобщественную направленность, суд может принять решение об освобождении от отбывания наказания по болезни только при твердой уверенности, что осужденный в связи с болезнью потерял свою общественную опасность и может быть освобожден. Однако такой уверенности у судьи нет»;

«— Отрицательное поведение осужденного за время отбывания наказания свидетельствует о том, что если тяжелое заболевание не помешало осужденному стать нарушителем дисциплины в условиях отбывания наказания, то в условиях свободы оно не помешает со-

вершить ему новое преступление с учетом возможной ремиссии заболевания».

Такое положение вещей стало предметом критики, в том числе и со стороны экс-Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Эллы Памфиловой, которая в своем докладе за 2015 год заметила: «...правовая природа освобождения осужденных в связи с тяжелой болезнью отлична от оснований условно-досрочного освобождения...»

Но суды продолжают отказывать в освобождении, принимая «во внимание иные обстоятельства, имеющие значение для разрешения ходатайства по существу», что подтверждается судебной статистикой».

Откровенно говоря, смешиваются (в данном случае — не авторами доклада) совершенно два разных понятия: активирование (как говорили в приснопамятные времена сталинщины) по болезни (и для это, собственно и нужен перечень), которое должно проводиться во внесудебном порядке, и освобождение по иным причинам. В первую очередь — по знаменитому УДО (условно-досрочное освобождение). Посему не вызывает удивление то, что пишут авторы доклада далее: «Так, по данным Судебного департамента при Верховном суде Российской Федерации, за 12 месяцев 2013 года судами первой инстанции было рассмотрено 5919 ходатайств осужденных об освобождении по болезни, из них удовлетворено всего 1589 (26,85%). За аналогичный период 2014 года рассмотрено 6366 ходатайств, удовлетворено всего 1407 (22,1%). За 2015 год рассмотрено 6766 ходатайств, удовлетворено всего 1477 (21,8%).»

Иными словами, только примерно каждому пятому осужденному, самостоятельно или с помощью администрации исправительного учреждения обратившемуся в суд, удастся добиться положительного решения в суде первой инстанции».

Конечно, не может не радовать небольшой рост в 5% удовлетворения ходатайств. Но в целом — цифры чудовищны: 2/3 тяжело смертельно больных остаются умирать на зоне! Дальше — еще хуже:

«При этом стоит понимать (и в отсутствие официальной информации — лишь догадываться), что не каждому из «счастливых» суждено реально выйти на свободу: нередки случаи, когда осужденный из-за тяжелого состояния здоровья и крайней степени истощенности организма умирает, не дожидаясь вступления в законную силу судебного акта».

Так, например, произошло по ранее упомянутому делу осужденной Б., смерть которой наступила через 3 недели после отказа Смольнинского районного суда Санкт-Петербурга в освобождении и два дня после того, как Европейский суд по правам человека потребовал от российских властей оказать женщине экстренную медицинскую помощь по имеющемуся у нее онкологическому заболеванию. При этом суд апелляционной инстанции признал постановление нижестоящего суда незаконным по ряду нарушений, но производство по делу вынужден был прекратить в связи со смертью заявителя.

Другой случай: во время судебных заседаний по рассмотрению ходатайства Мукашева Д.И. об освобождении от наказания в связи с болезнью 13 ноября и 18 ноября 2014 года представитель туберкулезной больницы ФКУ ЛИУ-3 ГУФСИН РФ по Нижегородской области неоднократно заявлял о том, что в настоящее время Мукашев Д.И. находится в крайне тяжелом состоянии, угрожающем его жизни, туберкулезная больница ФКУ ЛИУ-3 ГУФСИН РФ по Нижегородской области не может предоставлять осужденному весь объем медицинской помощи, которая необходима осужденному, в учреждении отсутствуют узкие специалисты: невролог и инфекционист, в медицинской помощи которых остро нуждался пациент. 18 ноября 2014 года судья Краснобаковского районного суда Соболева Т.В. отказала в удовлетворении ходатайства осужденного Мукашева Д.И. об освобождении от наказания в связи с болезнью. 19 ноября 2014 года осужденный Мукашев Д.И. скончался.

Осужденному Буздалину С.Б., отбывавшему наказание в ФКЛПУ СТБ-3 УФСИН РФ по Челябинской области, повезло еще меньше: 21 сентября 2015 года было подготовлено заключение специальной медицинской комиссии, в котором значилось, что у него имеется ряд тяжелых заболеваний (ВИЧ-инфекция, туберкулез легких, гепатит С), и он может быть представлен в суд для решения вопроса об освобождении, но материалы до суда так и не успели дойти, потому что 05 октября 2015 года осужденный, не получая адекватной медицинской помощи, скоропостижно скончался.

Всего адвокаты «Зоны права» вели около 40 дел о так называемой активировке. По 21 из них, как правило, после прохождения двух судебных инстанций (а порой и не раз) удалось добиться освобождения тяжелобольных подопечных.

11 человек скончались на разных стадиях рассмотрения поданных в суд ходатайств; в четырех случаях материалы производств суд второй инстанции напра-

НЕКОТОРЫЕ КОММЕНТАРИИ К НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННОМУ ДОКЛАДУ

влял на новое рассмотрение в районный суд, но люди умирали еще до повторного рассмотрения их дела.

Еще 8 человек получили отказ в освобождении, решения судов вступили в законную силу, но продолжают бороться за свою жизнь и здоровье, направляя в суд новые прошения.

Не стоит упускать из виду еще одно обстоятельство — объективность выводов врачей, входящих в так называемую специальную медицинскую комиссию, которая уполномочена по итогам освидетельствования конкретного ЗК подготовить заключение о наличии или отсутствии у него тяжелого заболевания, входящего в Перечень.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 06.02.2004 года № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью», «Медицинское освидетельствование осужденных осуществляется медицинскими комиссиями лечебно-профилактических учреждений уголовно-исполнительной системы. К работе комиссии могут привлекаться в качестве консультантов специалисты других учреждений здравоохранения» (пункты 3, 4 Правил освидетельствования).

Получается, что «костяк» медицинской комиссии составляют не независимые от тюремного ведомства врачи, а должностные лица ФСИН России, которые, как показывает практика, не всегда руководствуются заботой о здоровье пациента и при этом выступают в качестве проводников истины в последней инстанции в вопросе об определении достаточности степени заболевания для того, чтобы оно подпадало под соответствующий Перечень».

Да, это, конечно, проблема. Произвол тут — неотъемлемая часть жизни персонала за решеткой. Скорее всего мы никогда не узнаем (разве что, только специальное исследование кто-то проведет) от том, что происходит на этом этапе: освидетельствование больного ЗК. История с «забытым корцангом» в теле пациента тому лишнее свидетельство: очевиден подлог, но система встала насмерть и невинного врача осудили. Напомню в двух словах: в клинике оперировали больного, потом он оказался на зоне и, спустя годы, в его животе нашли зажим. Вроде как он умер, а врача, проводившего операцию, обвинили в халатности. Что там на самом деле произошло можно только гадать. Возможно ЗК сбежал или его отпустили за деньги — кто его знает. Но порядочность, точнее полное отсутствие ее у врачей в тюрьмах в этом случае очевидна.

«К слову сказать, в отношении подследственных ситуация иная: они так же могут рассчитывать на изменение меры пресечения на иную, не связанную с заключением под стражу, если будет выявлено тяжелое заболевание, утвержденное другим — Постановлением Правительства 14.01.2011 года № 3, — в пунктах Правил 9, 10 которого установлено: «Медицинское освидетельствование подозреваемого или обвиняемого осуществляется врачебной комиссией медицинской организации, определенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, в которой имеются условия, необходимые для проведения соответствующих исследований и обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводится медицинское освидетельствование (далее — врачебная комиссия). Врачебная комиссия осуществляет свою деятельность в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации». То есть в данном случае оценку состоянию здоровья и степени тяжести заболевания дают гражданские медики, не связанные отношениями подчиненности с тюремным начальством.

Свою лепту вносят и представители прокурорского корпуса, которые практически в 98% случаев обжалуют, как незаконные, положительные решения судов первой инстанции, аргументируя свою позицию тем, что осужденный не исправился, либо в условиях учреждения уголовно-исполнительной системы получает недостаточное по объему лечение. Умирающий заключенный вынужден, теряя те немногие последние недели или дни жизни, которые он мог бы перед смертью провести в кругу семьи, вновь доказывать в суде, что он в силу прогрессирования своего заболевания не способен находиться в условиях колонии, возлагая надежду на гуманность вышестоящего суда. Иногда напрасно».

Зачем мы это публикуем. А ведь мы все «под единым шеломом повиты» — вышли из стен одной Альма Матер. Пусть даже и с разными названиями. Вряд ли кто-то из врачей поступал «на тюремного медика». Нет, его туда затащила жизнь. А окружающая действительность заставляет совершать противоправные и противоречащие самой сути медицины поступки. Выбиться, не сломаться — очень трудно. Кое-кому удается, но некоторым — нет. Именно поэтому главный лозунг сегодня должен быть «Тюремная медицина должна стать гражданской». Без этого — ничего решить не возможно.

АКТУАЛЬНО

НЕ ЕШЬТЕ СВИНУШКИ

П. Медик



Недавно выслушал страшилки некоего Михаила Вишневого относительно свинушек. Честно говоря — не знал. Автор биолог, в медицине не очень силен, тем более — в деталях. <https://www.zagribami.info/материалы/о-ядовитости-свиношкы/>. Но то, что он рассказал, посмотрев еще некоторые материалы, попробую перевести на правильный язык.

Механизм отравления свинушками получается два: один — не очень мне понятный гастроэнтерологический (проблемы «с животом»), нетяжелый и быстро проходящий. Второй — гаптеновый. Некое вещество

крепится к мембранам эритроцитов, и при развитии повторного применения грибов наступает аутоиммунный гемолиз — разрушение эритроцитов. Процесс можно уподобить малярии и серповидно-клеточной анемии (с той, правда, разницей, что механизм при последних не аутоиммунный). Гемолиз может быть выраженным, с развитием тяжелого внутрисосудистого свертывания крови — ДВС-синдрома — и полиорганной недостаточности (острая почечная — в первую очередь — и печеночная недостаточности).

Собственно, ДВС-синдром при большой выраженности смертелен. Как смертелен он при свином гриппе. Это общебиологическая реакция, не зависящая от инициации, но зависящая от массивности инициации (дозозависимый эффект). Лечение: немедленный плазмаферез, введение профилактических доз гепаринов (даже если есть кровотечение), свежемороженая плазма (СЗП) в объеме удаленной при плазмаферезе — 600—800 мл или до остановки кровотечения, если оно есть (вводить гемостатики в такой ситуации не рекомендуется). Гормоны (по аналогии с гаптеновым агранулоцитозом) работать не будут, тем более — другие «противоаллергические» средства.

Чем раньше будет начата терапия — тем выше будет эффект. Если сутки нет мочи — надо делать гемофильтрацию или гемодиализ (что доступно) — заместительную почечную терапию. Плазмаферез, в комплексе с гепаринами и СЗП, даже и в этой ситуации будут весьма полезны. Может быть кому-нибудь и пригодится. Главное, что я понял у Вишневого: если один раз на свинушки была реакция — их есть второй раз категорически нельзя.

Журнал
“Клиническая геронтология”
теперь доступен для загрузки!

Загрузить в App Store

Загрузите на Google Play

Журнал “Проблемы стандартизации в здравоохранении” теперь доступен для загрузки!

Загрузить в App Store

Загрузите на Google Play



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»!