



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ: КАК ВСЕ НАЧИНАЛОСЬ

27 сентября состоялось торжественное пленарное заседание Московского городского научного общества терапевтов, посвященное вручению премии им. Д.Д. Плетнева за выдающиеся успехи в развитии отечественной терапевтической школы. В этом году награду получил академик РАН, профессор Ю.Н. Беленков (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). Мы предлагаем вашему вниманию два выступления, прозвучавших на заседании.

Профессор П.А. Воробьев:

Дорогие друзья, наше заседание — торжественное: мы сегодня приветствуем очередного лауреата премии имени Дмитрия Дмитриевича Плетнева, человека, которого считают основоположником современной терапии в России. Дмитрий Дмитриевич сделал очень многое: он занимался и гематологией, и кардиологией, написал много полезных книг. Замечательная книжка есть, называется, «Болезни сердца», к ней не вредно обращаться и сейчас. Это и первый учебник по терапии, вышедший в России в двадцатые годы еще во время Гражданской войны. И то, что мы знаем сегодня, было написано у Дмитрия Дмитриевича: и про рентгенологические исследования, и про мазки крови и костного мозга, и про гастроскопию. Имя нашей премии — это дань уважения, в первую очередь, к этому невинно пострадавшему человеку, человеку трудной судьбы. Мы должны хранить эту память, потому что остались только мы, терапевты, а у Дмитрия Дмитриевича не было семьи.

Я сегодня приветствую лауреата очередной премии Д.Д. Плетнева — академика, профессора, всем вам хорошо известного Юрия Никитича Беленкова. Он тоже является основоположником. На самом деле у нас основоположников не так много в стране: людей, которые что-то сделали впервые мало, поэтому мы должны гордиться ими и не забывать их.

Я обещал Юрию Никитичу рассказать свою, сопряженную с тематикой сегодняшнего выступления, историю. В 1974 году я поступил в медицинский институт. И вот на первом курсе мы проходили физику, я слушал лекции очень внимательно. У меня был дядя — Марик, физик, работающий на электроламповом заводе. Он всегда в моем детстве рассказывал и показывал что-то из занимательной физики. И я вдруг на кафедре физики решил: почему бы не делать вместо рентгена ультразвук? Я пришел к Марику и сказал, что «изобрел» новый метод диагностики: ультразвуковое исследование вместо опасного рентгена. Марик стал объяснять про лучи, про то, что эти лучи короче, а эти длиннее... В общем, он мой юношеский пыл сильно охладил: сказал, что ультразвук работать не будет, а вот рентген — это «наше все». Дядя мой ошибся: ультразвук сегодня — один из основных диагностических методов. Ныне он используется даже с применением обычного смартфона, и развитие физических методов очень важно: на наших глазах появились КТ, МРТ и без них уже никуда.

Многие классические методы, которые раньше использовались и обсуждались на пропедевтике, в том числе в книгах Дмитрия Дмитриевича, мы сегодня заменили этими физическими методами. Поэтому я с особым удовольствием сегодня поздравляю Юрия Никитича Беленкова с заслуженной премией.

Академик РАН, профессор, лауреат премии им. Д.Д. Плетнева Ю.Н. Беленков:

«Появилось даже то, что мы не могли представить»

В первую очередь — спасибо огромное за премию. Для меня это очень много значит, потому что Дмитрий Дмитриевич был один из 15 руководителей той клиники, которую я сейчас возглавляю. В прошлом году мы отметили 175 лет клиники госпитальной терапии. Благодаря Дмитрию Дмитриевичу появилось тогда у нас много оборудования — например, рентгеновские приборы, электрокардиографы и так далее.

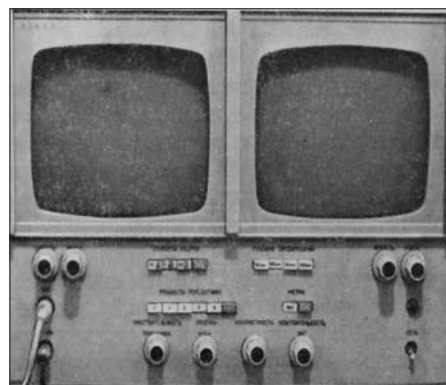
Сейчас я хотел бы рассказать историю, которой уже почти 45 лет: про то, как начинался ультразвук в кардиологии нашей страны. Все началось в мае 1973 г. со встречи четырех человек: профессора Н.М. Мухарлямова, Ричарда Поппа из Стэнфордского университета, В.А. Гольженикова и вашего покорного слуги. Когда я готовился к этой лекции, то посчитал сколько нам тогда было лет. Для меня Мухарлямов был уже солидным мужчиной, ему было 46, Ричарду — 32 года, Володе Гольженикову — 31, а мне — 26. Вот так все и началось — это был май 1973 г.

Впрочем, началось все довольно давно. Первым был доктор, который открыл волновой эффект изменения скорости. Дальше — Пьер Кюри, один из первых исследователей радиоактивности, совместно с супругой Марией Кюри он получил Нобелевскую премию по физике. А в 1954 г. два лихих шведа — инженер Edler и врач Hertz — переделали

промышленный дефектоскоп для исследования сердца. Они взяли обычный дефектоскоп, чуть его изменили и начали тыкать в грудную клетку.

В 1957 г. появился кюветный сканер. Он был сделан из остатков зубо-рачебного кресла, самодельной кюветы, куда помещался целиком пациент, и на просвет его смотрели ультразвуком. В 1962 г. появился рычажный сканер. Первый реальный рычажный сканер был размером с рентгеновский компьютерный томограф. Потом появился первый мануальный сканер, более компактный.

В 1964 г. увидела свет публикация профессора М.Н. Тумановского и про-



Первый отечественный эхокардиограф УЗКАР. Дальше опытного образца не пошло

фессора В.Я. Гармаша «Ультразвуковая кардиография». Она вошла даже в медицинскую энциклопедию. В 1973 г. появились коммерчески доступные эхокардиографы. 16 мая 1973 г. провели первое в СССР клиническое эхокардиографическое исследование. Чтобы было понятно, прибор стоил тогда 11650 \$. Он имел высокую разрешающую способность, функционировал в А-режиме и М-режиме, был оснащен регистратором, работавшим на бумаге.

И вот в 1974 г. выходит первая работа «Определение толщины стенки массы левого желудочка и объема его полости с помощью эхокардиографии». Затем была работа, которая посвящена описанию нормы, ревматического стеноза аортального клапана, фиксированной опухоли правого предсердия и т.д. В том же 1974 г. появился В-сканер с механическим движением датчик, изображение было построено из многих сокращений. В 1975 г. вышла первая публикация «Ультразвуковое сканирование сердца». В том же году наши «конкуренты» — профессор Зарецкий, академик Сандриков и Бобков — стали разрабатывать ультразвуковую технику. Первый эхокардиограф назывался «Узкар». Все в нем было хорошо, многие инженеры занимались этим делом, но упиралось все в три вещи. Первое — не было колесиков, чтобы двигать прибор по полу. Второе — не было реги-



страторов. Третье — не было хорошей керамики.

Появилась еще одна команда Второго медицинского вуза из клиники Нестерова. Она тоже начала заниматься ультразвуком сердца на базе Первой городской больницы.

Дальше появились работы по нагрузке. Мы начали делать исследование с помощью дозированной физической нагрузки. Появились работы хирургов, это «Эхокардиография в диагностике дефекта межпредсердной перегородки». О.П. Шевченко, В.С. Гасилин, А.А. Лякшиев написали работу «Синдром пролапса митрального клапана». С О.Ю. Атьковым мы написали первую работу по признакам гипертонии малого круга кровообращения.

ИнтерНьюс

«Нобель» за циркадные ритмы

Нобелевский комитет заявил: в области медицины премии за 2017 год удостоены исследователи Джеффри Холл, Майкл Росбаш и Майкл Янг за открытие молекулярных механизмов, контролирующих циркадные ритмы — циклические колебания интенсивности различных биологических процессов, связанные со сменой дня и ночи.

Первые наблюдения в этой области были сделаны еще в начале нашей эры, а с XVIII века начались более тщательные исследования. К XX столетию циркадные ритмы растений и животных были изучены достаточно полно, но оставалось секретом, как именно работают «внутренние часы». Эту тайну удалось раскрыть американским генетикам и хронобиологам Холлу, Росбашу и Янгу.

Модельным организмом для исследований стали плодовые мушки. Команде исследователей удалось обнаружить у них ген, контролирующий биологические ритмы. Ученые выяснили, что этот ген кодирует белок, который накапливается в клетках на протяжении ночи и разрушается в течение дня. Впоследствии они выделили и другие элементы, отвечающие за саморегуляцию «клеточных часов» и доказали, что биологические часы аналогичным образом работают и у других многоклеточных организмов, включая людей.

Внутренние часы адаптируют нашу физиологию к разному времени суток. От них зависит наше поведение, сон, метаболизм, температура тела, уровни гормонов. Наше самочувствие ухудшается, когда появляется несоответствие между работой внутренних часов и окружающей средой. Так, на резкую смену часового пояса организм реагирует бессонницей, усталостью, головной болью. Синдром смены часового пояса — джетлаг — уже несколько десятков лет входит в Международную классификацию болезней. Несовпадение образа жизни с ритмами, диктуемыми организмом, приводит к повышению риска развития множества заболеваний.

Напомним, что ранее наиболее вероятными претендентами на Нобелевскую премию в этой области называли вирусолога Юань Чанга и ее мужа, лионколога Патрика Мура, открывших ассоциированный с саркомой Капоши вирус герпеса восьмого типа; профессора Льюиса Кантли, обнаружившего сигнальные пути ферментов фосфоинозитид-3-киназы и изучившего их роль в росте опухолей, а также профессора Карла Фристана, внесшего серьезный вклад в анализ данных, полученных методами визуализации мозга.

В 2016 году лауреатом премии стал японец Есинори Осуми за открытие механизма аутофагии — процесса деградации и переработки внутриклеточного мусора.

https://www.gazeta.ru/science/2017/10/02_a_10913966.shtml

Исследователи нашли новый биомаркер рассеянного склероза

Рассеянный склероз — аутоиммунное заболевание, поражающее нервные волокна головного и спинного мозга. Специальных тестов для диагностики этого заболевания на данный момент не существует. Однако такой тест может появиться совсем скоро, рассказывает UPI.com.

Сотрудники Университета Сиднея установили, что микроРНК циркулирующих экзосом являются биомаркером рассеянного склероза. Кроме того, исследователи обнаружили 9 молекул микроРНК, позволяющих отличить ремиттирующий рецидивирующий рассеянный склероз от прогрессирующего. От первой формы заболевания страдают около 70% больных рассеянным склерозом, а от второй — 10—15% пациентов.

Ученые уже разработали тест для диагностики рассеянного склероза и дифференциации разных форм заболевания. Он позволит выявить болезнь на разных стадиях. Для диагностики пациенту достаточно будет сдать кровь на анализ. Новый тест может изменить жизнь больных рассеянным склерозом.

http://www.meddaily.ru/article/01nov2017/biomark_rs

Академик РАН, профессор, лауреат премии им. Д.Д. Плетнева Ю.Н. Беленков:

«Появилось даже то, что мы не могли представить»

Окончание. Начало на стр. 1

В 1977 г. начали появляться работы с использованием ультразвука для оценки действия лекарственных препаратов. Была сделана работа по сократительной функции миокарда при приступе грудной жабы у больных ишемической болезнью сердца, другая — по диагностике субаортального мышечного стеноза. В этом же году появился сканер. Этот прибор давал изображение в реальном масштабе времени. Датчик был с вибратором на конце. Как я говорил ранее, появились работы о механизме действия препаратов. Первое, что мы исследовали — нитроглицерин. Затем была интересная работа «Влияние быстрой дигитализации на функцию миокарда левого желудочка по данным эхокардиографии». До сих пор жалею, что мы оставили эту тему. В 1978-м появилась первая работа по перикардитам. Она опередила появление кардиоонкологии почти на 40 лет, потому что в прошлом году впервые вышли рекомендации по кардиоонкологии.

Появились исследования спортсменов, написали работу Н.Д. Раевская и Г.А. Гончаров. Следующая работа «Изменение центральной и общей гемодинамики при субмаксимальной физической нагрузке у здоровых людей разных возрастных групп» начала исследование здоровых лиц. Здесь было два человека: это Г.А. Фомина из института медико-биологических проблем и О.Ю. Атьков. Это были космонавты, мы их начали исследовать до и после полета. Достигали хорошего качества изо-



бражения: был обычный М-режим на пике нагрузки, мы могли четко смотреть эндокардиальную поверхность задней стенки межжелудочковой перегородки. Все данные, конечно, были засекречены — данные по влиянию невесомости на гемодинамику. Невесомость имитировалась в ванне со специальной иммерсионной средой (теплая вода), на которую накладывалась специальная пластиковая тонкая ткань: здоровые люди ложились на эту ткань и не чувствовали своего веса. Так они лежали 3 месяца. Один из них за это время написал докторскую и купил «Волгу». Были заборы крови, измерение давле-

ния, ультразвук. Они могли находиться только горизонтально, у них была специальная установка, на которую, например, помещались книга, бумага, и они писали докторские диссертации. Это все привело к тому, что О.Ю. Атьков стал космонавтом, Героем Советского Союза. В апреле 1984 г. впервые в мире была передана эхокардиограмма с борта орбитальной станции «Салют-7». Это был бортовой прибор. В невесомости нет веса, поэтому все приборы оценивается по объему: объем данного прибора составлял 1 литр.

Со временем техника росла, изменялась, появилось трехмерное изображение, ультразвук коронарных артерий, контраст. Появилось даже то, что мы не могли представить — ультразвуковая эластография. Это разработка последних лет, мы с помощью ультразвука можем определить эластичность ткани: то есть посмотреть рубец — не рубец; онкология — не онкология.

Прошло много лет и из той четверки остались в живых только я и Ричард Попп. Через 40 лет мы с ним встретились на одной конференции. Он получил золотую медаль за вклад в развитие кардиологии, до сих пор помнит ту поездку в Москву. За это время многое произошло и, конечно, читая эту лекцию, я завидую нашему младшему поколению. Может, через 40 лет они будут говорить о совершенно других методиках и подходах.

Спасибо Вам огромное за премию Д.Д. Плетнева!

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ЗАСЕДАНИЕ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 19 ИЮНЯ 2017 г.

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

Секретарь: Т.Н. Зайцева

Доклад: Г.Р. Табеева, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, руководитель отдела неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ММА им. И.М. Сеченова, президент Российского общества по изучению головной боли

«Сосудистые когнитивные расстройства»

Когнитивные функции — это познавательные функции: память, гнозис, речь, праксис, интеллект. Но ключевой функцией все-таки является память.

Деменция представляет собой клинический синдром, характеризующийся снижением памяти и, по крайней мере, еще одной из когнитивных функций, которая обязательно сопровождается затруднениями в профессиональной деятельности, а также социальной дезадаптацией.

Умеренные когнитивные расстройства — синдром, характеризующийся когнитивным снижением, выходящим за рамки возрастной нормы, но еще не достигающим степени, позволяющей констатировать наличие деменции. Признаками умеренных когнитивных расстройств являются ухудшение памяти, внимания, повышенное утомление при выполнении умственной работы, снижение по сравнению с возрастной нормой результатов нейропсихологических тестов. Из субъективных жалоб — ослабление внимания, быстрая утомляемость, раздражительность, снижение памяти на текущие события, невозможность запоминания новых имен, нарушение ориентировки в малознакомой местности.

Умеренные когнитивные расстройства — это более легкая форма, деменция — тяжелая форма, а все вместе — сосудистые когнитивные расстройства.

В этиологии деменции 62% составляет болезнь Альцгеймера, 17% — сосудистая деменция, 10% — смешанная деменция. Критерии сосудистой деменции (МКБ 10): наличие деменции, когнитивный эффект гетерогенного характера, наличие очаговой неврологической симптоматики, анамнестических признаков выраженного цереброваскулярного заболевания, которое этиологически связано с деменцией.

На заболеваемость сосудистой деменцией приходится от 6 до 12 случаев в год на 1000 человек в возрасте 70 лет и старше, и увеличивается с возрастом у лиц обоих полов; средняя продолжительность жизни больных — 5 лет.

Этиология сосудистой деменции: цереброваскулярные заболевания, кардиальные эмболии, заболевания мелких артерий, гемодинамические механизмы, венозная патология. Факторы риска сосудистой деменции: сосудистые (артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, сахарный диабет, атеросклероз), демографические (возраст, низкий уровень образования), генетические.

Смешанная деменция составляет от 6 до 60% всех случаев деменций. Российскими авторами были предложены критерии смешанной деменции: наличие когнитивного дефицита, по профилю и динамике характерного для болезни Альцгеймера, в сочетании с анамнестическими данными или неврологическим дефицитом, указывающим на цереброваскулярное заболевание, или сочетание МРТ изменений, характерных для болезни Альцгеймера и смешанной деменции.

Ранние признаки когнитивных нарушений при деменции — это трудность концентрации и переключения внимания, снижение критики, асоциальное поведение, нарушение памяти по типу недостаточности воспроизведения. Для оценки когнитивных расстройств существует нейропсихологическое тестирование. В него входят: краткая шкала оценки психологического статуса, тест рисования часов, тест на запоминание 5 слов, тест FAB, тесты на речевую активность, монреальский когнитивный тест.

Лечение сосудистых когнитивных расстройств связано с применением симптоматической, антидементной терапии, антиоксидантов, ноотропов, когнитивного тренинга, первичной и вторичной профилактики инсульта; с лечением сопутствующих заболеваний, изменением стиля жизни, с диетой и физической активностью.

Среди препаратов обратим внимание на ноопепт, который оказывает ноотропное и нейропротекторное действие, способствует улучшению внимания и памяти, воздействует на реологические свойства крови, безопасен и эффективен уже на второй неделе терапии. Назначают его в дозе 30 мг/сут, он обладает хорошей переносимостью.

Вопрос: Есть расовые различия в деменции?

Ответ: Да, например, афроамериканцы чаще болеют деменцией, у них даже есть особые формы. У японцев распространена сосудистая деменция.

Вопрос: Что вы имели в виду, говоря о венозной патологии, можно как-то на нее воздействовать?

Ответ: Нет ни одного препарата, который мог бы менять церебральный венозный кровоток, все венотоники действуют периферически.



XXII МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ПУСТЬ СТАРОСТЬ БУДЕТ В РАДОСТЬ!

Вот уже более 20 лет в Москве проходят ежегодные международные научно-практические конференции «Пожилой больной. Качество жизни», посвященные Международному дню пожилого человека. Для ее участников стало доброй традицией собираться вместе: обсуждать, рассказывать и делиться информацией о том, что сделано за прошедший год и что еще необходимо предпринять для улучшения качества жизни пожилых людей в нашей стране. Мы публикуем отчет об этом мероприятии.

В этом году конференция проходила 2—3 октября в гостинице «Холидей Инн» Сокольники. Организатор форума — ООО «Медико-технологическое предприятие «Ньюдиамед».

Информационную поддержку оказывали журналы «Клиническая геронтология» и «Проблемы стандартизации в здравоохранении», газета «Вестник Московского городского научного общества терапевтов».

Постоянно действующий оргкомитет возглавляет заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) профессор П.А. Воробьев. Члены оргкомитета, принявшие активное участие в подготовке научной программы: Е.С. Акарачкова, М.Ю. Акименко, Л.М. Балашова, А.К. Батуринов, В.А. Буланова, А.Ю. Буланов, З.А. Габбасов, М.Г. Глезер, А.И. Деев, М.Э. Елютина, А.А. Зайцев, М.Б. Зингеренко, А.Н. Ильницкий, Е.В. Исакова, И.А. Комиссаренко, Ю.В. Конев, М.А. Кравченко, С.В. Котов, Л.Б. Лазебник, И.В. Островская, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, К.И. Процаев, С.Н. Пузин, А.А. Рябцева, А.В. Стародубова, Д.А. Сычев, Т.В. Темаев, О.Н. Ткачева, А.В. Халявкин, В.В. Цурко, Н.А. Шестерня.

Основные участники конференции — врачи, сотрудники организаций социальной защиты, руководители госпиталей ветеранов войн, представители общественных и благотворительных организаций и др.

Всего в работе форума приняли участие более 500 человек из 25 субъектов Российской Федерации: г. Москва, республика Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Коми, Марий Эл, Татарстан, Хакасия; Ханты-Мансийский автономный округ; края Алтайский, Красноярский, Ставропольский; области Архангельская, Белгородская, Волгоградская, Курская, Липецкая, Московская, Нижегородская, Новгородская, Новосибирская, Рязанская, Самарская, Саратовская и Тульская. Из стран ближнего зарубежья — республики Беларусь и Казахстан, дальнего зарубежья — Нигерия.

Пленарное заседание открыл заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) профессор П.А. Воробьев, выступив с докладом о развитии гериатрии в Российской Федерации. Также прозвучали доклады:

«Клинические рекомендации в гериатрии, современное состояние проблемы» (главный внештатный гериатр Минздрава России, д.м.н., профессор О.Н. Ткачева, Москва);

«Илья Ильич Мечников, современные представления о кишечной микробиоте и старении» (д.м.н., профессор Л.Б. Лазебник, Москва);

«Динамика когнитивных и двигательных функций в процессе нейрореабилитации с использованием компьютеризованных и роботизированных девайсов» (д.м.н., профессор С.В. Котов,

Москва);

«Новый взгляд на биологию С-реактивного белка и его роль в развитии воспаления» (д.б.н. З.А. Габбасов, Москва);

«Современные методы борьбы с полипрагмазией у пациентов пожилого и старческого возраста» (член-корр. РАН, д.м.н., профессор Д.А. Сычев, Москва).

Традиционно после пленарного заседания работа конференции проходила по секциям. Широко была представлена тематика секций по **клиническим вопросам геронтологии**:

«Неврологические проблемы в пожилом возрасте» (Председатели: С.В. Котов, Е.В. Исакова)

«Гематологические проблемы пожилого пациента» (Председатели: А.Ю. Буланов, П.А. Воробьев)

«Гериатрическая гастроэнтерология» (Председатели: Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев)

Симпозиум «Гериатрические аспекты клинической фармакологии» (Председатели: Д.А. Сычев, С.Н. Пузин)

«Пожилой пациент: коморбидность и алгоритм ведения» (Председатель: В.В. Цурко)

«Патология сердечно-сосудистой системы у пожилых» (Председатели: М.Г. Глезер, И.А. Комиссаренко)

«Симпозиум по болезням органов дыхания» (Председатели: А.А. Зайцев, И.В. Шубин)

«Офтальмологические проблемы у пожилых больных» (Председатели: Л.М. Балашова, А.А. Рябцева)

«Современный взгляд на лечение урологических заболеваний у больных пожилого возраста» (Председатель: М.Б. Зингеренко)

«Неврологические болезни у пожилых» (Председатель: В.А. Парфенов)

Симпозиум «Стресс и пожилой человек» (Председатель: Е.С. Акарачкова)

Мы стараемся разнообразить тематику секций, охватив все направления медицинской и социальной помощи пожилым. Помимо традиционных, в этом году большой интерес участников вызвали три новые секции:

«Проблемы травматологии и ортопедии в пожилом возрасте» (Председатель: Н.А. Шестерня)

«Эндокринопатии у пожилых» (Председатели: Н.Г. Мокрышева, А.В. Древаль)

«Диетическое питание для пожилых» (Председатели: А.В. Стародубова, А.К. Батуринов, А.В. Погожева).

Второй год мы проводим **секцию по телемедицине** под председательством профессора П.А. Воробьева «Электронная медицина в гериатрии». Это новое, актуальное и перспективное направление в медицине сегодня привлекает особое внимание слушателей.

Вопросы **фундаментальной геронтологии и продолжительности жизни** обсуждались на секции «Профилактика преждевременного старения и достижения фундаментальной геронтологии»

(Председатели: А.В. Халявкин, А.В. Деев).

Доклады по **социальным вопросам геронтологии** были представлены на четырех заседаниях:

«Организация социальной помощи и привлечение медико-социальной реабилитации лицам пожилого и старческого возраста» (Председатель: М.Ю. Акименко)

«Современные векторы исследования социологии старости» (Председатели: М.Э. Елютина, Т.В. Темаев)

«Сестринский уход за пожилыми больными: современный подход» (Председатель: И.В. Островская)

«Деменция в гериатрии: от донозологической диагностики до ухода» (Председатели: К.И. Процаев, А.Н. Ильницкий).

В дни работы конференции были заслушаны 138 докладов известных специалистов из разных областей медицины. Традиционный интерес (более ста человек) вызвала школа для среднего медицинского персонала по проблемам гериатрии.

К началу работы форума были подготовлены и опубликованы **материалы конференции** в журнале «Клиническая геронтология», № 9—10, 2017 г. (входит в перечень ВАК), куда вошло 119 работ (56 статей и 63 тезиса) из 76 научных организаций (ВУЗЫ, НИИ клиники, госпиталя ветеранов войн, благотворительные организации) Москвы и Московской области, других регионов России, стран ближнего (Беларусь, Казахстан) и дальнего (Венгрия, Испания) зарубежья.

Надеемся, что выступления на конференции в ближайшем будущем станут основой для написания авторами работ и публикации их в журнале «Клиническая геронтология».

Выражаем признательность всем участникам конференции, надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество во имя реализации ее главной цели — обеспечения профессионального, уважительного и достойного отношения к людям пожилого возраста и к их проблемам.

Благодарим за материальную и информационную поддержку конференции следующие фирмы: «НПФ МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» (Россия); «ОТИСИФАРМ» (Россия); «БЕРЛИН-ХЕМИ / А. МЕНАРИНИ» (Германия); «ЭВЕР НЕЙРО ФАРМА» (Австрия); «АСЦЕНЗИЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ» (Германия); «БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ» (Германия); «ЭГИС-РУС» (Венгрия); «ПРО.МЕД.ЦС МАРКЕТИНГ» (Чехия).

Председатель Оргкомитета, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), профессор П.А. Воробьев

Ответственный секретарь
М.Ю. Нерсисян

ИнтерНьюс

Овсянка спасает от рака?

Диетологи настоятельно рекомендуют включить в ежедневный рацион классическую овсяную кашу. Они утверждают, что овсянка принесет гораздо больше пользы, чем любые другие продукты.

Так, диетолог доктор Крис Сил из Университета Ньюкасла, убежден: тарелка овсянки на завтрак может существенно улучшить здоровье любого человека. По словам ученого, в овсянке больше полезного пищевого волокна, чем в цельнозерновом хлебе, в ней совсем мало жиров и сахара, зато в наличии минералы: магний, железо, медь, а также витамины группы В.

Овсянка образует плотный гель, который обволакивает стенки желудка и вызывает чувство сытости.

Исследование показало, что потребление 3 грамм бета-глюкана (овсяных отрубей) в день, а это примерно 70-граммовая порция овсянки, снижает уровень холестерина на 7%. Похожий результат можно получить от приема статинов, но при этом без каких-либо нежелательных осложнений.

Профессор Сил считает, что вещество бета-глюкан — одна из немногих естественных субстанций, которые могут служить профилактикой онкологических заболеваний.

14-летнее исследование показывает: овсянка защищает от многих болезней, в том числе сердечно-сосудистых и диабета. Эксперты даже предполагают, что она повышает продолжительность жизни.

Однако британские доктора замечают: несмотря на доказанную пользу для здоровья, традиционная, считающаяся национальным достоянием овсяная каша выходит из моды. Возможно, это вызвано тем, что овсянка представляет собой слишком простую и дешевую еду, а «пищевикам» интереснее рекламировать и продавать какой-нибудь более доходный, пусть при этом и не такой полезный продукт.

<https://mimov.ru/zdorove/ovsjanka-spasaet-ot-raka.html>

Ученые обнаружили новый метод регенерации тканей

Исследователи из Бирмингемского университета обнаружили новый метод, который имитирует естественный процесс заживления тела с целью восстановления поврежденной ткани. В исследовании подробно описан новый метод регенерации костей путем стимуляции клеток для производства везикул, которые могут быть использованы для регенерации тканей.

Ожидается, что к 2020 году число переломов костей удвоится во всем мире. Существуют значительные ограничения в отношении современных методов лечения переломов костей, таких как аутологичные трансплантаты, которые не могут удовлетворить спрос и привести к заболеваемости пациентов; аллогенной кости не хватает биологически активных факторов, что может привести к серьезным побочным эффектам и высоким затратам. Новый подход обеспечивает преимущества клеточной терапии, но без использования жизнеспособных клеток. Этот метод использует регенерационную способность внеклеточных везикул, наноразмерных частиц, которые естественным образом генерируются при формировании кости.

«Это только начало, но потенциал этого метода заключается в том, чтобы преобразовать способ лечения тканей. Мы собираемся производить эти терапевтически ценные частицы в большом масштабе, а также исследовать их способность регенерировать другие ткани», — сообщил в пресс-релизе доктор Оуэн Дэвис из Бирмингемского университета.

<https://newsrussia.today/tehnologii/10654-uchenye-obnaruzhili-novyy-metod-regeneracii-tkaney.html>

П. Воробьев

СРЕДЬ КАРЕЛЬСКИХ ЛЕСОВ ЗАТЕРЯЛОСЯ НЕБОГАТОЕ ФИННОВ СЕЛО

Очередной этап нашего автопробега «За справедливое здравоохранение» проходит по Прионежью. Развивая проект MeDiCase, мы посещаем пять районов Карелии, в которых передаем наши кейсы в 13 населенных пунктах.

В начале августа мы уже проехали по районным центрам, поговорили с главными и просто врачами, рассказали им о нашем проекте дистанционной медицинской помощи в отдаленных поселках. Было много вопросов и скепсиса. Показалось даже, что в наших разговорах витает настрой итальянской забавки. Да оно и понятно: зачем менять что-то в спокойной, устоявшейся, хотя и не сладкой жизни. Один из самых далеких райцентров устами главного врача озвучил: они на 100% выполняют все, что приходит им «сверху». А тут мы — с какой-то статистикой, недремлющим внешним надзирающим компьютерным оком. Оно им надо?

В поисках «домовых»

К сожалению, последующий подготовительный период и первые же встречи в районных больницах показали, что наши опасения были обоснованы. По плану мы приезжали в центральные районные больницы (ЦРБ) и проводили там обучающие занятия со всеми представителями домовых хозяйств и врачами. Из пяти ЦРБ лишь в двух были представители домовых хозяйств. В остальных нам изложили «веские» причины, по которым они приехать не смогли. Странно: мы потом проехали по деревням и обнаружили вполне здравствующих «домовых». Нас убеждали, что в деревнях нет связи, и потому наш проект не сможет работать. Однако, приехав в деревню, выяснялось, что связь там вполне устойчивая.

Самое активное сопротивление мы ощутили в Медвежьегорске. Там только что поменялся главный врач, а исполняющая его обязанности приняла проект в штыки. В итоге она наотрез отказалась подписать акты передачи в больницу двух кейсов. Пришлось задействовать Минздрав, что, в общем, не очень здорово. Но другого выхода нам не оставили.

Тем не менее мелкопоместной дамой были найдены формальные причины, по которым она все-таки отказалась от подписания договора. Мол, не указано, кто оплачивает телефонную связь. Так договор-то — на безвозмездную передачу оборудования и всего, что с этим связано.

В зоне сплошных зон

Мы посетили поселок Каменный Бор в Сегеженском районе Карелии: это зона сплошных зон. В Сегеже находится лагерь, где сидели Ходорковский и Дадин. Судя по сообщениям в Интернете, он «славен» своими пыточными порядками. А дальше, вдоль канала, еще несколько зон: одна для больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, две обычные и зона-поселение (что это, мы не поняли, так как выход за ее пределы запрещен. Может быть, охраны поменьше в плане собак и всяких контрольно-следовых полос). Общее впечатление — крайняя убогость, зоны окружены деревянными заборами из воткнутых в землю посережних, заостренных на концах досок, которые остались, видимо, с 30-х годов. Как



Так выглядит аптечный пункт села

разительно отличается эта обстановка от тюрем, которые мы посещали в Хакасии и Красноярском крае.

ББК — Беломоро-Балтийский канал — вполне свеж, покрашен и производит впечатление работающего. Но ни разу не видели мы тут кораблей. Вспоминаю рассказы конца 60-х — начала 70-х годов, что по ББК провозили скрытно подлодки, собранные на верфях в Сормово и отправляющиеся на службу в северные моря. Но атомные лодки тут точно не пройдут, они слишком большие, может быть, разговор шел про дизельные, маленькие. Повторюсь: живую баржу или еще чего тут не было.

В этом году в Карелии была высокая вода, и многочисленные реки, перегороженные для подпитки канала, переполнены. Идет сброс воды через плотины вдоль канала: красивое зрелище водопада в Воицком падуне.

Параллельно каналу идет каскад запруженных рек и небольших гидроэлектростанций, питающих алюминиевый завод в поселке Надвоицы. Собственно, поселок Каменный Бор — центр этого энергетического каскада. Сам завод вроде как банкрот, но на первый взгляд жизнь в нем идет, более того — готовится площадка для нового строительства. Сказать, что «ужас-ужас», не получается. Поселок большой, много «хрущоб», 2—3-этажных домов 30—50-х годов. Здесь есть своя поликлиника, скорее всего — остатки медсанчасти. А когда-то поселок Надвоицы был



В деревне Бела Гора работает парамедик с кейсом

столицей строящегося Беломоро-Балтийского канала.

Напротив, за каналом, на высоком берегу над озером — старинная деревня Надвоицы, где живет человек 15—16, но много дачников. Здесь стоит памятник борцам с английскими интервентами: таких мы уже видели несколько. Напоминание о дружественных и союзнических отношениях с англичанами: они быстро приберут к рукам все, что плохо лежит. Так уже было после революции. От названия деревни, видимо, получили название и станция железной дороги и поселок. Между деревней и поселком всего-то километра три, но и в этом промежутке — зона.

До врача в поселке мы не дозвонились и общались только с фельдшером и «домовым» в поселке Каменный Бор («домовая» из поселка Верхний, где как раз находится медицинская зона — лагерь для всего северо-запада страны).

ФАП в Каменном Бору располагается на первом этаже жилого дома в помещении бывшей амбулатории комнаток на 5—6. Пока не топят: сыро и холодно. Прием ведется в одной комнатке с предбанником. Все миниатюр-

ное. Есть электронные весы для взрослых и детей, электронный ростомер: важнейшие медицинские устройства, привет из первой половины прошлого века. Зачем они — неясно. Для больных это явно лишнее, даже новорожденных теперь перестали взвешивать.

Вызвали ответственную домового хозяйства из поселка Верхний, благо до него рукой подать. Быстро обучили работе с кейсом. На прием как раз пришла молодая девушка, на ней и «потренировались». Обнаружилось: выраженная астма (курит по пачке в день), гипертония, суставной синдром, напоминающий ревматоидный артрит. А пришла девушка на активный вызов в связи с обнаружением у нее при диспансеризации «неспецифических изменений на ЭКГ». Фельдшер подсунула мне это заключение, я чуть не выматерился. Это даже не гипердиагностика, а форменное безобразие. Делать здоровым ЭКГ преступно. Оно не информативно. Но не менее преступно функциональному диагносту писать такие заключения. Неспецифические изменения есть у 100% здоровых людей. Но если есть заключение — надо что-то делать: назначить какое-нибудь лекарство от несуществующей болезни.

Выходя, увидели, что девушка плачет: у нее, кроме всего прочего, выраженный депрессивный фон. Он тут у всех. На улице ко мне подошла ее мать и стала говорить, что медицины тут нет, все плохие, экология жуткая, все болеют и на это никто не обращает внимания. Я, конечно, с ней согласен, но честь мундира...

Что касается экологии — тут чудовищные загрязнения среды, питьевой воды со стороны алюминиевого завода.

Идет борьба местных жителей с администрацией, в прямом смысле слова — не на жизнь, а на смерть.

Как мы посрамили скептиков

Едем в Попов Порог. Предполагалось, что живущий тут фельдшер будет координировать работу двух домовых хозяйств. От трассы до поселка 28 км через железную дорогу на Мурманск и реку Себежа. Дорога относительно ровная, без грязи и больших луж, но двигаться по ней можно только со скоростью километров 20—30 в час. Нам-то нипочем, мы всех обгоняем. А движение для такой дороги довольно оживленное. Оказывается, поселок стоит рядом с плотинной на Себеже, которая собирает воду для каскада гидроэлектростанций и работы ББК. На водохранилище расположено форелевое хозяйство компании «Русское море». Подобное предприятие не единственное в этих краях, однако, рыбу в местных магазинах не продают. Видимо, все идет в Москву и Питер. Местный люд работает на плотине и — совсем немного — в хозяйстве. На мой недоуменный вопрос фельдшер объяснила: берут только

непьющих, а здесь таковых нет. Поэтому возят работников из Надвоицы сменами на несколько дней. Я думаю, это связано с тем, что местные могут быть не довольны зарплатой или условиями, могут быть конфликты, а приезжие, если будут чем-то не довольны, больше не придут. Этакое превентивное штрейкбрехерство.

В поселке постоянно живет человек 200. Прописано больше, но на мой вопрос «сколько?» ответ был уклончивый. Опять мертвые души. Тут по деревням они повсюду. ФАП в поселке сторел несколько лет назад, и леспомхоз отдал под него небольшой шитосборный домик. Две комнаты, большая прихожая-зала. Опять электронные весы, ростомер, даже гинекологическое



Кейсы ждут своих новых хозяев

кресло. Сама фельдшер — по образованию медицинская сестра — получает зарплату 20 тысяч, которая включает и половину ставки за уборку, и деньги за продажу лекарств. В ставке есть стимулирующие выплаты — примерно 3 тысячи. Если не выполняется «план», из этой выплаты часть удерживают. Иначе говоря, вместо стимулирующей и мотивирующей, эта часть оплаты труда несет функцию репрессивную. Обидно. Это ведь мое предложение десятилетиями давности: ввести часть стимулирующих выплат за качество. И во что это превратили. Таких предложений реализовано много, но все они сделаны шиворот-навыворот, совсем не так, как предлагалось. Все из серии: слышал звон, да не знает, где он.

Фельдшер никогда не бывает в двух поселках, в которые предложено направить кейс. До каждого из них километров 70, между ними — тоже 70, а транспорта у фельдшера нет. На такси до Сегежи — три тысячи рублей, местные возят за половину. Не разгуляешься. Не очень понятно, зачем таскать кейс между такими маленькими поселками: лучше оставить его в этой деревне. Попутно выяснилось, что централизованно закуплено для ФАПов оборудование для дистанционной ЭКГ, передающее ее с помощью смартфона. Вот откуда «неспецифические изменения» в Каменном Бору. Более бесполезной технологии трудно придумать. И более бессмысленных затрат. Но кого интересуют такие вопросы, как чувствительность или специфичность методики. Для ЭКГ эти показатели около 40% даже для инфаркта миокарда. А уж что говорить про другие состояния. При таких показателях диагностическую технологию сдают в утиль без разговоров.

В это время наша вторая бригада сражалась со скепсисом в Пудожье. Там врачи просто встретили кейсы в штыки. Ради хохмы дали провести обследование молодого парня-программиста. Компьютер предположил у него наличие опухоли мозга. Начались смешки, выкрики активно «скептирующих»: мол, теперь нас завалит работой и глупостями. Опухоль мозга у здорового человека, ха-ха! Однако, поговорив с парнем, удалось выяснить: ему такой диагноз невролог ставил, только что он обследовался по этому поводу в Петрозаводске, где опухоль с помощью МРТ исключили. Скептикам пришлось прикусить губы. До крови. Но тем не менее кейсы остались не розданы в домовые хозяйства.

(Продолжение читайте в следующем номере)

НЕКРОЛОГ

ПАМЯТИ ВАЛЕНТИНА СЕРГЕЕВИЧА МОИСЕЕВА

8 октября пришла весть о кончине Валентина Сергеевича Моисеева.

Я был с ним знаком почти 40 лет. Как быстро течет время. Он из «молодых» сотрудников Е.М. Тареева, ровесник А.А. Михайлова и Н.А. Мухина. Впрочем, какой уж там молодой: месяц назад ему исполнилось 80 лет. Но эта плеяда выдающихся терапевтов для меня навсегда останется молодой. А так, Валентин Сергеевич — академик РАМН, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и кафедрой факультетской терапии РУДН.

Валентин Сергеевич родился в Москве, в семье служащих 9 сентября 1937 г. Закончил 1 ММИ им. И.М. Сеченова, клиническую ординатуру (1960—1962) и аспирантуру (1962—1965) — в клинике академика Е.М. Тареева. В 1965 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 1979 г. — докторскую диссертацию на тему: «Поражение сердца при коллагенозах и лечение глюкокортикоидными». После окончания аспирантуры работал ассистентом, доцентом в клинике терапии и профзаболеваний 1 ММИ им. И.М. Сеченова, заведовал отделением в ЦКБ (4-е Управление). С 1983 г. по сентябрь 2002 г. заведовал кафедрой внутренних болезней медицинского факультета Российского университета дружбы народов (РУДН), с сентября 2002 г. — зав. кафедрой факультетской терапии РУДН.



Валентин Сергеевич Моисеев был автором более 500 научных работ, главным редактором журнала «Клиническая фармакология и терапия», входил в редакционный совет журналов «Клиническая медицина» и «Практикующий врач». Под его руководством защищено более 60 кандидатских и 8 докторских диссертаций. В 1999 г. он был избран член-корреспондентом РАМН, в 2005 г. — академиком РАМН по специальности «терапия». Валентин Сергеевич — замечательный советский, российский терапевт, потомственный врач, потомственный профессор.

На рубеже 1980-х годов вышла его книга в соавторстве с А.А. Михайловым и А.В. Сумароковым (последовательность авторов, кажется, обратная) «Распознавание болезней сердца». Книга эта была настольной, по ней реально получалось лечить больных. В то время только-только появилась тема «кардиалгий», впервые был описан пролапс митрального клапана, климактерическая кардиопатия. Я, будучи студентом, писал раздел по кардиалгиям некоронарного генеза для «Справочника практического врача». Поэтому тема была мне близка не понаслышке. Уже потом я познакомился с Сумароковым и Моисеевым. А.А. Михайлов был заведующим кафедрой, на которой я учился и остался потом в ординатуре. По сути, мы с Михайловым вместе пришли на кафедру: он стал заведующим вместо А.С. Сметнева, а я — ординатором первого года. И была большая дружба с разбежавшимися с кафедры Е.М. Тареева профессорами. Можно еще вспомнить В.В. Суру, позже его дети оказались моими учениками.

У В.С. Моисеева защищались мои ученики, мы в теплых отношениях с его сыном Сергеем. Ну и, конечно, Валентин Сергеевич много лет был членом правления Московского городского научного общества терапевтов. Безумно жаль...

Павел Воробьев

ИнтерНьюс

Мечтательность — признак ума и креативности

Исследование ученых из Технологического института Джорджии дает основания полагать, что мечтательность не обязательно является плохим качеством. Она вполне может быть признаком эффективной работы мозга.

«Люди с эффективным мозгом имеют слишком много поводов к размышлениям, и поэтому склонны к тому, чтобы постоянно мечтать или задумываться о посторонних вещах», — отметил руководитель исследования, профессор психологии Эрик Шумахер

Шумахер, его ученики и коллеги провели МРТ-сканирование мозга группы испытуемых — более 100 человек. Во время процедуры участникам эксперимента было поручено сосредоточиться на неподвижной точке в течение пяти минут. Команда ученых использовала полученные во время сканирования данные, чтобы определить, какие части мозга участников были в это время активны, и как была согласована между собой их работа.

Затем ученые провели тестирование, цель которого — оценить творческие, когнитивные и интеллектуальные способности участников исследования. Кроме того, все испытуемые заполнили анкеты для оценки собственной мечтательности в повседневной жизни. Затем данные всех этих тестов свели в одну таблицу.

Оказалось, что в состоянии покоя области мозга некоторых участников показали более выраженную связь между собой. Было установлено, что, во-первых, такое свойство мозга наблюдалось у мечтателей. А, во-вторых, творческие и интеллектуальные тесты показали, что их мозг работал более эффективно.

«В целом, люди, у которых наблюдается более высокий уровень интеллекта, креативности и производительности, имели тенденцию больше мечтать. Обычно люди считают, что мечтательность — это что-то плохое. Особенно, когда вы пытаетесь на чем-то сосредоточить внимание, но это не получается. Наше исследование показало, что мечтательность — хороший признак эффективности мозга», — рассказал Шумахер.

«Наше открытие напоминает мне о «рассеянном профессоре» — с блестящим умом, но невнимательностью к окружающей действительности. Или о школьниках, слишком интеллектуально развитых для своих уроков. Их одноклассникам может понадобиться пять минут, чтобы решить какую-то задачу, а одаренные ученики решают ее за минуту, затем проверяют и в оставшееся время начинают мечтать», — считает ученый.

Как вы можете выяснить, эффективен ли ваш мозг? Один из показателей эффективности заключается том, что при необходимости вы можете включаться в работу или выключаться из нее, не пропуская при этом ее важных этапов, и вовремя замечая необходимость своего вмешательства.

Ученые полагают, что их открытие дает основания для новых исследований, необходимых для того чтобы оценить, когда мечтательность вредна, а в каких случаях полезна. «Существуют важные индивидуальные различия, которые следует учитывать, например, мотивация или намерение человека сосредоточиться на конкретной задаче», — заключают исследователи.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2017/10/30/016nerv/>

В РОССИИ ВВОДЯТСЯ ПЕРВЫЕ СТАНДАРТЫ В ОБЛАСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии (Росстандарт) утвердил Государственный стандарт «Дистанционная оценка параметров функций, жизненно важных для человека». Этот документ со всем основанием можно отнести к документам перспективной стандартизации, документам, заглядывающим в будущее.

Многие годы в обществе ведутся дискуссии о роли и месте телемедицины, которые вылились в «закон о телемедицине»: Федеральный закон от

29 июля 2017 г. N 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информацион-

ных технологий в сфере охраны здоровья». И почти синхронно выпускается соответствующий ГОСТ.

Документ разработан с целью унификации общих требований к технологиям и процессам дистанционного получения и обработки информации о параметрах функций, жизненно важных для жизнедеятельности человека, их передачи и оценки врачом (фельдшером). В нем содержатся общие требования к пользователям, оборудованию и технологиям в системе дистанционного взаимодействия «врач—пациент». Применение стандарта будет способствовать повышению доступности и качества медицинской помощи для населения страны.

Стандарт разработан Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований», внесен профильным техническим комитетом по стандартизации № 466 «Медицинские технологии» и вводится в действие 1 сентября 2018 г. Авторы этого документа — команды профессора П.А. Воробьева, возглавляющего технический комитет N 466 — не только активные участники дискуссий: они внесли свой практический вклад в создание этого актуального направления в здравоохранении.

Телемедицина сегодня — острое эволюции систем оказания медицинской помощи с применением искусственного интеллекта во всем мире, от развитых до развивающихся стран. Она позволяет активно задействовать принципы ответственного самолечения, перераспределить нагрузки на медицинский персонал и финансовые потоки, обеспечить повсеместную доступность качественной медицинской помощи. В мире законодательное и нормативное обеспечение существенно отстает от развития телемедицинских технологий.

МИНИСТЕРСТВО ПРОМЫШЛЕННОСТИ И ТОРГОВЛИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ (Росстандарт)
П Р И К А З
 03 октября 2017 г. № 1300-ст
 Москва

Об утверждении национального стандарта Российской Федерации

В соответствии со статьей 24 Федерального закона от 29 июня 2015 г. № 162-ФЗ «О стандартизации в Российской Федерации» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 57757-2017 «Дистанционная оценка параметров функций, жизненно важных для жизнедеятельности человека. Общие требования» с датой введения в действие 1 сентября 2018 г. Введен впервые.
2. Управлению технического регулирования и стандартизации (О.В.Мезенцева) обеспечить размещение информации об утвержденном настоящим приказом стандарте на официальном сайте Росстандарта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее — официальный сайт) с учетом законодательства о стандартизации.
3. Федеральному государственному унитарному предприятию «Российский научно-технический центр информации по стандартизации, метрологии и оценке соответствия» (В.А.Витушкин) разместить настоящий приказ и утвержденный им стандарт на официальном сайте в установленном порядке.
4. Закрепить утвержденный настоящим приказом стандарт за Управлением технического регулирования и стандартизации.

Заместитель Руководителя А.П.Шалаев

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в системе электронного документооборота Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 00E1036E5FD611E780D5E00718B8A26129
 Кому выдан: Шалаев Антон Павлович
 Действителен: с 04.07.2017 до 04.07.2018

ИнтерНьюс

Прием аспирина защищает от многих видов рака

Долгосрочный прием аспирина снижает риск развития многих злокачественных опухолей. К такому выводу пришли китайские исследователи, наблюдая за здоровьем 600 000 человек.

Исследователи выяснили, что принимающие аспирин каждый день на протяжении 7 лет люди на 47% реже сталкивались с опухолями печени или пищевода, а также на 38% реже страдали от злокачественных новообразований желудка. Риск развития рака поджелудочной железы у них снижался на 34%, а вероятность столкнуться с опухолями кишечника уменьшалась на 24%. Результаты исследования показывают, что долгосрочный прием аспирина может использоваться не только для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, но и для защиты от самых тяжелых видов рака. Особенно впечатляющей является профилактика опухолей желудочно-кишечной системы. Отметим, что в России на долю опухолей желудочно-кишечной системы приходится до 25% всех случаев рака. Исследователи также проверили способность ежедневного приема аспирина защищать от опухолей груди, мочевого пузыря, почек и множественной миеломы, однако существенного влияния этого лекарства обнаружено не было. Но риск рака легких аспирин снижал на 35%, опасность лейкозов уменьшал на 24%, а вероятность опухоли предстательной железы — на 14%.

Аспирин или ацетилсалициловая кислота используется во всем мире для борьбы с целым рядом расстройств. Недавнее исследование продемонстрировало, что отказавшиеся от ежедневного приема аспирина люди на 37% чаще сталкиваются с сердечно-сосудистыми болезнями вроде инфарктов и инсультов по сравнению с теми, кто продолжает прописанный врачом прием этого лекарства. Кроме того, прием аспирина вскоре после инфаркта также несколько уменьшает риск смерти, как показывают исследования.

https://www.medikforum.ru/news/medicine_news/64304-priem-aspirinazaschischaet-ot-mnogih-vidov-raka.html

От редакции: уже не знают — куда прикнуть аспирин. Его неэффективность при сердечно-сосудистой патологии доказана. Теперь начнем профилактику рака?

Ученые разобрались, почему у ящериц отрастает оторванный хвост

Секрет заключается в особенностях спинного мозга. Об открытии они рассказали в журнале Journal of Comparative Neurology.

Многие ящерицы способны при необходимости отбросить хвост, а затем отрастить новый. В отличие от млекопитающих, в хвосте ящериц находится спинной мозг, где, как выяснили ученые, содержится огромное количество стволовых клеток и необходимых для их роста белков — они и позволяют хвосту вырасти снова.

Чтобы выяснить это, исследователи сдавливали хвосты гекконам, как если бы тех схватили хищники. После того, как хвост отрывался, они фиксировали происходящие на клеточном уровне изменения.

Оказалось, что спинной мозг гекконов содержит особый вид клеток — радиальную глию, которая играет роль клеток-предшественниц при образовании нейронов. После того как хвост отделялся от тела, клетки начинали стремительно разрастаться, формируя новый участок спинного мозга взамен утраченного.

Исследователи надеются, что их открытие поможет справляться с повреждениями спинного мозга у людей — в отличие от ящериц, у нас при травмах образуется рубцовая ткань. Это относительно быстрый процесс, однако наличие рубцовой ткани делает регенерацию невозможной.

https://www.gazeta.ru/science/news/2017/11/03/n_10774712.shtml

ПРИНЯТЬ ЧУЖУЮ БОЛЬ

«Если человека нельзя вылечить — это не значит, что ему нельзя помочь», — произнес много лет назад Андрей Владимирович Гнездилов, доктор медицинских наук, почетный доктор британского Эссекского университета, основатель первого в современной России хосписа (Санкт-Петербург, 1990 г.). С начала 1970-х гг. он работал с неизлечимыми онкологическими больными, используя собственную уникальную арт-терапевтическую методику: для каждого тяжелобольного пациента писал волшебную историю, связанную с его жизнью. На первый взгляд, обыкновенная сказка, вроде той, что рассказывают детям на ночь, но истинный ее смысл понимали лишь двое — пациент и врач, который, принимая и разделяя боль своего подопечного, готовил его к уходу.

Первые сказки Андрей Гнездилов стал сочинять еще в детстве. Тогда он и представить не мог, что вернется к ним зрелым человеком и создаст новаторский метод, который будет интересен как российским, так и зарубежным специалистам.

Все началось в 1973 г., когда Андрей Владимирович начал работать с онкологическими больными в ленинградском Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Первой его пациенткой стала женщина, готовившаяся к сложной онкологической операции. Лишь после долгих бесед с Андреем Гнездиловым она смогла преодолеть страх. Доктор продолжал навещать ее в больнице, он видел неизлечимых онкобольных, страдающих не только от боли, но и одиночества, тягостного ожидания неизбежного ухода. И тогда Андрей Гнездилов понял: если невозможно прибавить время к их жизни — нужно прибавить жизнь к оставшемуся времени тех, кому помочь невозможно. Так, психоневролог оказался в штате Онкологического института, проработав в нем десять лет.

Личное пространство человека всегда требует особого, бережного ухода. Но даже в элитной клинике и при самом благоприятном отношении персонала пациент, оказавшись у роковой черты, ощущает страх и растерянность. Последствия могут быть непредсказуемыми, иногда — трагическими. Доктор Гнездилов часто вспоминал случаи из своей практики: онкобольной сделали успешную операцию по удалению рака груди, но на перевязке ее встревожил молодой врач, постоянно поджимавший губы. Такая уж у него была привычка... Но мнительная женщина, покинув кабинет, разрыдалась: ей вдруг показалось, что операция не решила ее проблем, а врач, поджимавший губы, это

якобы от нее скрывает. Переубедить пациентку так и не удалось: в тот же день у нее случился инфаркт, женщина умерла.

Доктор Гнездилов убедился: одна из острых проблем, стоящих перед онкологами, психологами, сотрудниками больниц и хосписов — что и как говорить больному. А еще — услышать его и понять. Иногда достаточно просто взять человека за руку: одно это движение порой заменяет часы разговора. Случается, больные перед уходом просят обнять их. «Ради этого одного объятия можно прожить целую жизнь», — говорил доктор.

Удивительное психотерапевтическое действие на тяжелобольных и умирающих пациентов оказывали сказки, которые сочинял и читал им Андрей Гнездилов. Они основаны на историях, которые пациенты рассказывают доктору. Самые яркие эпизоды их жизни психотерапевт превращал в яркий рассказ, полный чудес, приключений и волшебства. События происходят, словно в другом измерении, вне времени и пространства. «Расшифровать» реальную историю, скрытую в повествовании, может только пациент — человек, для которого она написана.

«Я стараюсь больше узнать о жизни больного, — писал Андрей Гнездилов. — Многие не находят в собственной биографии ничего достойного внимания, и тогда я расспрашиваю, пытаюсь угадать их жизнь, ищу в ней что-то прекрасное. Через сюжетные сказки, рассказывая историю человека, всегда можно раскрыть настоящее, которое оправдывает и будущее, и прошлое. Сказки помогают людям осмыслить и принять ситуацию, в которой они оказались. Многим больным они помогли смириться и перенести страдания».



Тиражи книг сказок Андрея Владимировича Гнездилова невелики, автор «скрывается» под псевдонимом Доктор Балу. Этим именем доброго медведя, наставника Маугли, назвали его маленькие пациенты детской больницы, в которой он работал после окончания мединститута.

Арт-терапевтическая методика доктора Гнездилова не ограничивается сказками: работать с безнадежными пациентами ему помогают... куклы. Персонафицированная куклотерапия тоже оказывает волшебное действие.

«Для больного кукла — вещь из детства, — говорил Андрей Владимирович. — Внутренний ребенок есть в каждом человеке, и он с детской непосредственностью переносит на куклу образ врача. Врач не может быть у постели больного круглосуточно, а человеку в страдании важно, чтобы рядом был хотя бы символ кого-то, кто не оставит ни при каких обстоятельствах».

В домашней коллекции доктора Гнездилова — десятки авторских кукол. Но они у него особо не залеживаются: «переезжают» к больным. Молодые пациенты хосписа предпочитают принцев и принцесс, а одна пожилая дама привезла с собой собственный талисман — плюшевого медвежонка. Эта потерявшая старая игрушка связывала ее с прошлым, и женщина не чувствовала себя одинокой.

Западные специалисты полагают, что оптимальный срок работы в хосписе — 4—5 лет. Затем начинается «выгорание»: люди не выдерживают психологических нагрузок. Андрей Владимирович Гнездилов работал с тяжелобольными больше 30 лет, оставив коллегам бесценный опыт.

Дмитрий Казеннов

ПИСЬМА ИЗ-ЗА ГРАНИЦЫ

АНГЛИЧАНИН В РУССКОЙ БАНЕ

Один наш знакомый — очень милый, немолодой архитектор, выпускник Итонского колледжа и наследник старой, известной английской фамилии — никогда в жизни не парился. В прямом смысле этого слова. Будучи вегетарианцем под неусыпным оком своей ученой жены, доктора медицины (хотя иногда, вне ее ока, ему все-таки случалось и оскоромиться), а также человеком малопопьющим (в основном — вино и «шипучку») и некурящим, он начисто лишен каких-либо нездоровых привычек. Напротив — обучается в свободное от работы время оперному вокалу вместе с женой, а отдельно от нее — античным языкам и игре на гобое. Так вот: он — впервые в жизни! — побывал в русской бане, куда его заманил мой муж.

И там его отметили безжалостным русским венником, выпарили все ненужное из его и так небольшого и тщедушного тела, накачали водкой, накормили селедкой с луком, винегретом, суджукком и какой-то колбасой. А затем абсолютно обновленного, восторженного и счастливого отпустили домой.

Обычно наш англичанин в своих передвижениях по Лондону пользуется велосипедом. И в баню, расположенную в дальнем районе, он, не изменяя своей привычке, прибыл на нем и отбыл таким же макаром, несмотря на испытанную большую «нагрузку».

Надо сказать, что я очень волновалась за него, как бы чего не вышло, и попросила мужа, чтобы он справился:



добрался ли наш знакомый до дома живым-здоровым. Слава Богу, доехал! Как выяснилось из его благодарственного письма, в прекрасном настроении англичанин рассекал на велосипеде фешенебельный Оксфорд-стрит — и пел! И знаете что пел? Любимую свою песню (он так и написал) — «Богородице, Дево, радуйся!» Рахманинова. Прислал даже ноты и трек.

Вот какое воздействие оказывает русская баня на британских «туземцев». А мы-то воображаем, мол, «что русскому здорово, то...». Не знаю, но как-то не сходится. Возможно, конечно, что стойкость своего организма к водке, а заодно и привязанность к Рахманинову, наш архитектор унаследовал от своей мамы, работавшей в британском МИДе в 1940—50 гг. и по долгу службы бывавшей в СССР. Тогда она и прикипела к русской водочке и черной икре, что отметила бисерным почерком в дневнике, который вела всю жизнь.

Стесняюсь сказать, но, похоже, ценности у нас все-таки общие и реакция на них одна.

Ольга Дубова (Лондон)

ВЕЛИКИЕ БОЛЬНЫЕ

КТО ВЫ, МАРКИЗ ДЕ САД?

Мировые СМИ пестрят материалами о сексуальных скандалах. Не только «желтая пресса», но и солидные издания печатают откровенные признания голливудских кинодив в «порочащих связях» с известным продюсером; соцсети взрывают хэштеги #Я не боюсь сказать (женщины рассказывают, как стали жертвами насилия) и #Это был я (мужчины признаются в домогательствах и принуждении к сексу). Тысячи блогеров подробно описывают свои подлинные или вымышленные амурные приключения. «В наше время такого не было», — качают головами шокированные обыватели. Они лукавят: во все времена находились те, кто не стеснялся бросать вызов общественному мнению. Один из «певцов» абсолютной свободы нравов вошел в историю под именем маркиза де Сада.

Многие из тех, кто лишь краем уха слышал о де Саде, представляют его в образе жестокого и кровожадного монстра, и имеют для этого немало оснований. Имя маркиза стало нарицательным: немецкий психиатр и «отец» сексологии Рихард фон Крафт-Эбинг ввел в научный обиход термин «садизм» как склонность к насилию, получение удовольствия от унижения других. Однако, при всей своей, мягко говоря, сомнительной репутации маркиз меньше всего походил на угрюмого маньяка, ненавидящего белый свет. Это был жизнерадостный утонченный аристократ, ценитель искусств, плодовитый литератор: собрание его сочинений насчитывает тридцать томов. Его романами тайно зачитываются любители «клубнички», их изучают серьезные ученые.

Задолго до того, как Альберт фон Шренк-Нотцинг впервые употребил термин «алголагния» (от греческих слов «боль» и «соитие»), соединив в одном слове понятия причиняемой другому и причиненной самому себе боли, де Сад подобно описал симптомы этой сексуальной девиации в своих романах. Литературные герои маркиза стали для исследователей прекрасной иллюстрацией как садизма, так и мазохизма (австрийский писатель Леопольд фон Захер-Мазох, образно говоря, пошел по дороге, за столет до него проторенной де Садом).

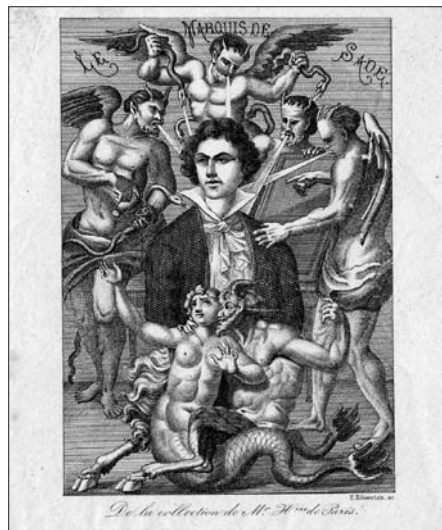
Подобно натуралисту Жоржу Кювье, который по нескольким костям ископаемого умел восстановить строение всего животного, маркиз, исходя из проявления собственной алголагнии, построил гигантский музей садомазохистских перверсий. Французский писатель Жильбер Лели, исследователь литературного наследия де Сада, писал: «В области дескриптивной сексопатологии маркиз де Сад на сто лет опередил Крафт-Эбинга и Хейвлока Эллиса; также есть основания полагать, что он предвосхитил психоанализ Фрейда». Книга де Сада «120 дней Содома» еще в прошлом веке предлагалась специалистам в качестве научного пособия, ибо, как утверждал один из авторитетных ученых: «Ни одна из современных научных работ не содержит такого количества наблюдений, как произведения Сада с его 600-ми приведенными случаями... Нужно сделать книгу доступной по меньшей мере узкому кругу врачей, юристов, антропологов, психологов и других серьезных исследователей».

Один из способов разрешения психоневрозов — сублимация асоциальных инстинктов, проявляющаяся в создании литературных и художественных произведений. Это и есть случай писателя маркиза де Сада. Познакомимся поближе с нашим героем.

Донасьен Альфонс Франсуа де Сад родился 2 июня 1740 г. в Париже в знатной аристократической семье. Мать, фрейлина принцессы де Конде, стараясь обеспечить сыну достойную карьеру, договорилась, чтобы маленький Донасьен смог играть в королевском дворце вместе с наследником французского престола. Дружба с принцем — отличный залог продвижения по службе. Но все испортил буйный нрав юного де Сада: однажды наследник чем-то рассердил Донасьена, и тот надавал его вы-

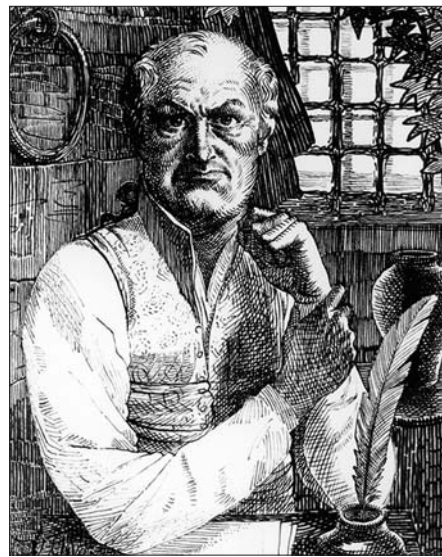
сочеству тумачков. После этого путь во дворец маркизу был заказан.

Вначале образованием капризного ребенка занимался аббат д'Эбрей, автор книги «Жизнь Петрарки». Затем были занятия в школе иезуитов, после — кавалерийское училище. Молодой де Сад храбро сражался на войне, выйдя в отставку в чине капитана. В 1763 г. с благословения самого короля он женился на дочери президента налоговой палаты Франции. Казалось, жизнь складывается как нельзя лучше, но необузданный нрав маркиза вновь дает о себе знать: через пять месяцев после бракосочетания де Сада заключают в Венсенский замок за разврат... в доме свиданий. Что учудил маркиз в борделе, «работницы» которого на своем веку повидали всякое, мы можем только гадать. Известно, что де Сад слал многочисленные письма начальнику тюрьмы, умоляя держать все в секрете. Так молодой человек впервые получил жесткое свидетельство того, что его личные удовольствия несовместимы с общественной жизнью. Впрочем, для начала отделился он легко — 15 суток ареста. А уже в следующем году маркиз становится королевским генеральным наместником нескольких французских провинций.



Де Сад продолжает жить в свое удовольствие, но недолго: в 1768 г. вновь оказывается в тюрьме за очередную «садистскую» оргию. С этого времени начинаются постоянные злключения маркиза, проведенные в тюрьмах (а в конце жизни — в сумасшедшем доме) в общей сложности 26 лет. Пребывая в заключении, де Сад компенсировал сексуальный голод гастрономическими радостями. Его слуга рассказывал, что хозяин ел за четверых. Экстремист во всем маркиз стал настоящим обжорой: он сильно растолстел, поскольку жена ежедневно посылала супругу горы разнообразной снеди.

Именно за решеткой начинается литературная деятельность де Сада. Свой самый скандальный роман «120 дней Содома» он написал в течение 37 дней на рулоне бумаги длиной около 20 метров, будучи заключенным Бастилии. Интересно, что он смог из застенков поучаствовать в Великой французской революции. 27 апреля 1789 г. в Париже вспыхнули беспорядки и руководство тюрьмы решило усилить охрану. 2 июля де Сад прокричал из окна своей камеры, что в Бастилии избивают арестан-



тов, призвал народ прийти и освободить их. За это его перевели 4 июля в лечебницу Шарантон, запретив забрать с собой книги и рукописи, в том числе — «120 дней Содома». А уже 14 июля Бастилию заняли народные толпы, начавшая Великая французская революция. При взятии крепости бывшая камера де Сада была разграблена, многие рукописи — сожжены.

Освобожден он был ровно через год. В 1792 г. де Сад, примкнувший к якобинцам, назначается комиссаром государственного совета по здравоохранению революционной Франции. Но роман с революцией оказался недолгим: в декабре 1793 г. маркиза вновь арестовали. Сохранился полицейский протокол с описанием его внешности: «Возраст 54 года, рост 5 футов, 2 дюйма и 1 линия. Нос средний, рот маленький, подбородок округлый, волосы светло-серого цвета, лицо овальной формы, лоб высокий и открытый, глаза светло-голубые».

Впервые в жизни его обвинили не в распущенности, а в умеренности: сочли слишком мягким по отношению к «врагам народа» — аристократам. Теоретик сексуальных преступлений являлся убежденным противником смертной казни. «Мое республиканское заточение с гильотиной перед глазами причиняло мне боль во сто крат большую, чем все мыслимые бастилии», — писал де Сад.

В революционных застенках маркиз провел около года, избежав гильотины лишь благодаря очередному государственному перевороту в день назначенной казни. Новая власть освободила де Сада, но счастья это ему не принесло: одинокий и постаревший маркиз почти никому не был нужен. В 1803 г. де Сада переводят в клинику для душевнобольных в Шарантоне, где он оставался до самой смерти в течение 11 лет и 8 месяцев. Туда за ним добровольно поехала мадам Мари Констанс Кене, единственная привязанность его последних лет.

Оказавшись взаперти, де Сад смог полностью посвятить себя страсти, заменившей чувственные удовольствия, — литературе. Он создавал комедии для обитателей приюта и ставил их на импровизированной сцене. Современник де Сада, автор библиографии французских литературных безумцев Шарль Нодье, так характеризовал уставшего от бесконечной борьбы бунтаря-маркиза: «Он был вежлив до приторности, грациозен до нелепости и с почтением говорил обо всем, о чем принято говорить с почтением».

Мысли о старости и смерти доводили де Сада до неподдельного ужаса: он падал в обморок при виде своих седых волос. Но, как и всем, ему пришлось принять неизбежное: маркиз умер 2 декабря 1814 г. от приступа астмы. Так закончилась жизнь человека, который, по словам Альбера Камю, «сотворил фантастический мир, чтобы дать себе иллюзию бытия».

Дмитрий Казеннов

ИнтерНьюс

Смерть в колыбели

Каждый год из-за синдрома внезапной детской смерти (СВДС) в мире погибают тысячи здоровых малышей: в США умирают во сне около 3,5 тыс. младенцев. СВДС еще называют «смертью в колыбели». Этот синдром внесли в Международную классификацию болезней в 1975 г. СВДС называют одной из самых сложных загадок, стоящих перед современной медициной. Международная команда ученых из Университета Аделаиды (Австралия) определила ряд факторов, способствующих СВДС: сон младенца на животе, слишком мягкая кровать, сложные роды и проблемы внутриутробного развития. В группу риска попадают дети в возрасте до 6 месяцев — 90% летальных случаев СВДС.

В исследовании, опубликованном в журнале PLoS One, исследователи показали аномалии, которые впервые удалось напрямую связать со случаями «смерти в колыбели». Обычно малыши погибают от остановки дыхания, зачастую это происходит из-за нарушений развития мозга, мешающих младенцу вовремя переворачиваться и не задохнуться во сне. Ученые исследовали образцы мозга 76 младенцев, умерших внезапно и без видимых причин в возрасте до года. Оказалось, что виновником гибели 55 из них стал СВДС. Автордиография показала: у маленьких жертв синдрома был нарушен механизм связывания субстанции Р с рецептором NK1R.

Субстанция Р — нейропептид, присутствующий в головном и спинном мозге, нервной системе, щитовидной железе, коже и мышцах. Он влияет, в частности, на расширение сосудов, вызывает сокращение гладкой мускулатуры и отвечает за передачу болевых импульсов в центральную нервную систему. Нарушение приводит к патологии в областях мозга, контролирующей движение головы, дыхание, сердцебиение и реакцию тела на недостаток кислорода.

Для таких детей смертельно опасен сон на животе. Когда подушка, простыня или одеяло перекрывают дыхательные пути ребенка, мозг не реагирует на угрозу: малыш не может инстинктивно повернуть голову, лечь на бок или на спину и задыхается во сне. Обсуждаемые результаты исследования СВДС важны: возможно, в обозримом будущем удастся проводить специальные скрининги и выделить биомаркеры, позволяющие выявлять риск возникновения этого синдрома у новорожденных.

Ну а пока родителям стоит прислушаться к советам членов Американской академии педиатрии (ААП), прозвучавшим в 2016 г. на Национальной конференции и выставке ААП:

— в детской кроватке должен быть твердый матрас с плотно прилегающей простыней;

— необходимо избегать мягких одеял, подушек, а также больших игрушек, «ночующих» с малышом;

— ребенка необходимо изолировать от табачного дыма.

Многие интернет-сайты безосновательно утверждают: новорожденным якобы полезно спать в одной кровати с мамой и папой. Это не так. В первые месяцы жизни ребенку лучше всего находиться в собственной кроватке, стоящей в комнате родителей.

Статистика говорит о том, что эти простые рекомендации позволяют уменьшить риск смерти в колыбели на 50%.

Источник:

https://www.gazeta.ru/science/2017/10/26_a_10958822.shtml



**Региональная общественная организация
«Московское городское научное общество терапевтов»
приглашает Вас принять участие
в II Научно-практической конференции**

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

Дата и время проведения:
12 декабря 2017 г.,
с 10.00 до 17.00

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

Целью конференции является повышение квалификации врачей различных специальностей с целью улучшения качества медицинского обслуживания в лечебных учреждениях Москвы и Московской области.

Основные участники конференции — терапевты, врачи общей практики, кардиологи, пульмонологи, аллергологи, оториноларингологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, гематологи, неврологи, инфекционисты, и другие специалисты Москвы и Московской области. Планируемое число участников — 300 человек.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Персонализированная медицина
- Пневмония — актуальная проблема современного здравоохранения
- Боли в спине: дифференциальная диагностика и лечение
- Нарушения сна в практике терапевта
- Дисбактериоз новые возможности профилактики и лечения
- Дискуссия о гепатопротекторах
- Неалкогольная жировая болезнь печени
- Современная эрадикационная терапия *Helicobacter pylori*
- Диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний
- Антибиотико-ассоциированный дисбиоз кишечника
- Артериальная гипертензия
- Тромбоэмболия легочной артерии
- Инфекционный эндокардит
- Ишемическая болезнь сердца — возможности терапии
- Статины: что нового?
- Как повысить приверженность пациента к лечению
- ХОБЛ: обзор национальных рекомендаций
- Идиопатический легочной фиброз: диагностика, современные возможности терапии
- Рациональная антимикробная терапия инфекций дыхательных путей
- Острые респираторные вирусные инфекции
- Бренды и генерики: проблема выбора
- Железодефицитная анемия
- Подагра
- Хроническая сердечная недостаточность
- Метаболический синдром

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:

Воробьев П.А., председатель правления МГНОТ, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, профессор, председатель;

Овчинников Ю.В., главный терапевт МО РФ, начальник кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМедА им. С.М. Кирова, доктор медицинских наук, заместитель председателя;

Зайцев А.А., главный пульмонолог МО РФ, главный пульмонолог ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, доктор медицинских наук, заместитель председателя;

Чернов С.А., главный терапевт ГВКГ имени Н.Н. Бурденко, д-р мед. наук, заместитель председателя;

Матвеев А.А., заместитель начальника кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМедА им. С.М. Кирова, к-т мед. наук;

Воробьев А.П., аспирант кафедры гематологии и гериатрии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, отв. секретарь.



Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: Д. Казеннов (выпускающий редактор), 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:
mtprndm@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»!