



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

П. В последнее время я прочитал несколько воспоминаний бывших членов первого Российского правительства. Но тебя там нет. Поэтому я и решил узнать, как ты стал первым Министром здравоохранения новой страны? Ты ведь сначала попал на Съезд народных депутатов СССР. Это была первая общественно-публицистическая должность. Наверное с этого момента надо считать твое восхождение в министры?

А. Меня выдвинули на Съезд независимо от начальства от Академии медицинских наук СССР (АМН СССР). Я шел не по списку, а по предложению, по моему, общества терапевтов. На Съезде были депутаты от партийных организаций. И были свободно выдвигаемые народом. Я относился к этой категории. Против меня выставили хирурга Виктора Сергеевича Савельева. И все были абсолютно уверены, что моя фигура подставная, чтобы у него был конкурент, который явно провалится. Но выбрали меня.

П. У меня осталась в памяти фраза, что тебя должны согласовать с кем-то, но я в этой кухне не варился. (Справка: Съезд состоял из 2249 депутатов: 750 — от территориальных округов, 750 — от национально-территориальных, 750 от общесоюзных общественных организаций).

А. Нет, меня ни с кем не согласовывали. В Академии было голосование, прошел я и Валентин Покровский как президент Академии.

П. Ты понимал, что будешь делать на Съезде депутатов?

А. Нет, ничего не представлял. Ведь никакого аналога этому собранию в принципе не было. Это первое свободное сообщество всевозможных говорунов на публику. Верховный Совет близко не был похож на Съезд. Вообще ничего похожего не было. Это, если сравнить исторически, штаты, которые предложил Людовик XVI себе на голову. Когда заволновалась Франция, он предложил выдвинуть народу своих представителей, чтобы поговорить. Закончилось это гильотиной для короля и королевы и перекройкой всей Европы.

П. Хорошая ассоциация. Получается, что мы очень быстро проделали тот же путь до разрушения государства. Говоря про современное общество, можно посоветовать руководству ни в коем случае не собирать народ «поговорить»?

А. Народ собирать вместе не надо, умных людей собирать надо — надо советовать правительству. Я считаю, что для исправления положения в отрасли здравоохранения надо проводить совещания с руководителями направлений. По онкологии надо звать Михаила Давыдова, Валерия Чиссова, и надо им на шею вешать ответственность за здоровье по линии онкологии. Когда я был директором, с меня надо было спросить за гематологические болезни. Мы сами подставили себя в качестве ответственных за смертность родильниц. И мы это решили профессионально. Я не боюсь ответственности.

П. Продажные профессионалы решат в пользу большого бизнеса. В мире, к сожалению, все движется в таком направлении.

А. Нет. Бизнес надо держать подальше от медицины. Не надо исправлять древние законы Гиппократов, где главное качество врача — это презрение к деньгам.

П. Ты знаешь поговорку: дело не в деньгах, а в их количестве. Когда большой бизнес выходит на большую дорогу, то выбор прост: либо ты должен под него лечь, либо они тебя сметут. И это — огромная проблема профессиональной модели здравоохранения, о которой ты сейчас говоришь.

А. У меня только один пример: мы решали проблему смертности родильниц без денег. Мы решили проблемы лечения острых лейкозов в Москве.

П. В Москве острый лейкоз как не лечили, так и не лечат.

А. Направляли к нам, мы не отказывали никому.

П. Тогда это даже не профессиональная модель — это индивидуальная модель — никому не отказывали. Нельзя же это распространить на всю систему!

А. А я считаю, что можно. Нельзя врачу поликлиники уйти с работы, не приняв всех больных. Я работал в таких условиях, мы не пропадали до ночи, мы нормально жили.

П. Мы ушли от темы разговора, но если врач сегодня работает на 2—3, а иногда и на 6 ставок, то он физически не способен всех принять.

А. Если удалось сократить несколько тысяч врачей в городе и никакой революции не произошло — значит руководитель бездарен...

П. Парадоксальное заявление. Возвращаемся. Тебя выбрали делегатом, но ты не знал, зачем ты там находишься. Или были какие-то идеи?

...И спросила кроха: как министром стал, отец?

Беседа А.И. и П.А. Воробьевых,

Барвиха, июль—август 2015



А. Выбрали — надо идти. Я увидел дикую нерешительность власти. Я увидел неспособность организовать нормальное обсуждение. Я увидел нежелание принимать определяющие нашу жизнь решения. Я увидел реально растерянного Горбачева. И массу жуликов, огромную толпу проходимцев среди депутатов. С публикой вокруг Михаила Горбачева я не контактировал.

С Рыжковым Николаем Ивановичем я общался во время Чернобыльской катастрофы. Мы тогда не сделали никаких глупостей, никого не потеряли из-за неорганизованности. Все было по расписанию. Я на этом примере понял, что положение наше не безнадежно, надо просто нормально работать с нормальными руководителями. Рыжков был нормальный руководитель, на месте. У него был высокий уровень понимания. Он до этого руководил Уралмашем, огромным заводом. Это целый конгломерат заводов. Он понимал задачи и находил пути решения, но наткнулся на партийное сопротивление. Что умирала власть партии — это было ясно, и она должна была уступить место обычной советской власти. Выборность снизу доверху. Никто себе на шею не

посадит исполком абсолютных дураков. Это правило для всего мира, и нам нужно было тоже идти по этому пути. Рыжков для этого был хорошей фигурой.

Горбачев, по моему, метался. Он за спиной все время чувствовал партийное давление. И одна из угроз за его спиной — это типичный партийный вождь, Борис Николаевич Ельцин. Фигурой был Ельцин, не Лигачев. Он возглавлял уже МГК КПСС, но было понятно, что он дышит в затылок. Он был кандидат в члены Политбюро. Серьезная фигура. Он был на Съезде, но к моменту Съезда он потерял свои посты и играл на чисто демагогическом уровне. Его выбрали в Верховный Совет, а позже и он провел через Верховный Совет

РСФСР закон — ужасающий закон — о примате законов России над законами Советского Союза. Это была смерть Союзу и смерть стране. Правда, это чуть позже — в 91-м году.

П. Ничего не осталось от этого съезда медицинского или социально-медицинского. Про эти темы не говорили?

А. Я ничего про медицину не говорил. Было выступление мое про колокола Ивана Великого. Както там стали обвинять прибалтов, что они разрушают страну. Выступал представитель, по моему, Литвы и защищал свою делегацию. Лукьянов председательствовал, он его перебивал. Но тот все-таки договорил. Лукьянов говорит: по моему, вопрос ясен, других мнений нет, надо осудить позицию делегации. Я говорю — можно мне — я близко сидел. Выхожу и говорю: зачем вы занимаетесь стравливанием людей, народов, республик? Этого нельзя делать. Товарищ выступил с деловыми предложениями, которые не вызывают больших возражений. Похлопали мне. Потом мы вышли, а этот депутат и говорит: по моему, страна потеряла Прибалтику. Речь шла о возможном конфедеративном устройстве, надо было дать Прибалтике конфедеративный статус — и все бы заглохло. Вместо этого — стрельба в Риге, в Вильнюсе.

Я два раза выступал там резко, первый раз — после какого-то собрания на Пушкинской площади, где был Станкевич. Вел заседание Московский первый секретарь, и он говорил, что это безобразие, надо покаяться, вы должны публично заявить, осудите свое поведение. И они все промолчали. Я их всех считал леваками, и вдруг они — в полной прострации. Андрей Дмитриевич Сахаров сидит, молчит. И я сказал: ни в каком случае никаких выступлений с покаянием, ведь это не 37-й год, прекратите это все. И Московский секретарь молниеносно — я от него не ожидал — наложил в штаны. Ну ладно, мы подумали, и сдался — ничего из этого не вышло.

Сахаров выступал за общую демократическую перестройку государства. Он практически не интересовался мнением зала, он говорил для записи на магнитофон. На него кричали, его перебивали, его не было слышно — но он свое говорил. Я по этому поводу спрашивал Виталия Лазаревича Гинзбурга — у них были такие отношения, что Гинзбург ему говорил «Андрей», а тот, в свою очередь, — «Виталий Лазаревич» — Гинзбург мне сказал, что если Андрей что-нибудь задумал сказать, то он будет говорить независимо от шума в зале.

П. Съезд, получается, никаких решений не принимал: каждый выходил, что-то говорил — и все? Странный орган государственного управления.

А. Раскачивали государство. Борьба Ельцин-Горбачев выкристаллизовывалась: независимость России и разрушение Советского Союза.

П. Ну ты же не думаешь, что были идеи раскачать лодку, когда собирали Съезд?

А. Идеи такой не было, была идея послушать, о чем говорят в народе. Всколыхнулись межнациональные отношения: трагедия в Армении, выступление азербайджанских делегатов, требовавших от Съезда, чтобы он не вмешивался. Помню выступление калмыцкого поэта, чудный мужик, который говорил, что очень жалеет, что международные организации не вмешивались, когда калмыцкий народ выселяли. Нельзя говорить, что это дело двух народов — это международное преступление. И — ничего, решение никакое не принималось.

После путча Съезд принял решение под давлением Ельцина о самороспуске, и тогда продвинули несколько депутатов Съезда в Верховный Совет РСФСР. Меня — в том числе. Он полностью контролировался отрядом Ельцина. Там уже сидели его представители всех отраслей, и никакие предложения по регулированию будущей жизни страны не проходили. Туда пришла межрегиональная группа — но как группа Ельцина, она уже тогда не фигурировала как межрегиональная группа. Это была группа России, я не помню, как она называлась.

П. Верховный Совет РСФСР принял в 91-м году закон о медицинском страховании. Ты его плохо помнишь, у меня было твердое впечатление, что тебе

Народ собирать вместе не надо, умных людей собирать надо — надо советовать правительству.

Если удалось сократить несколько тысяч врачей в городе и никакой революции не произошло — значит руководитель бездарен...

ИнтерНьюс

Разработанное в Новосибирске лекарство от рака испытают в Японии

Японская фармацевтическая компания Takeda и ученые Института химической биологии и фундаментальной медицины (ИХБФМ, Новосибирск) проведут совместные исследования нового препарата, разработанного в ИХБФМ, говорится в сообщении российского представительства Takeda.

«Развивая этот проект в партнерстве с Takeda, мы получаем возможность провести запланированные исследования в короткие сроки и использовать самые современные методические подходы и технологии. Предварительные исследования позволяют надеяться на создание инновационного препарата для терапии опухолевых и, возможно, вирусных заболеваний», — отмечает директор ИХБФМ академик Валентин Власов, слова которого приводятся в сообщении.

Оценка терапевтического потенциала препарата и разработка стратегии лечения будут проводиться на биологических моделях научно-исследовательского центра компании Takeda «Шонан».

«Это сотрудничество даст возможность изучить механизм действия препарата, а также может стать возможностью разработать потенциально новый терапевтический подход в области онкологии и иммунологии», — говорится в сообщении.

Кроме того, японская компания заключила соглашение с Институтом цитологии и генетики (Новосибирск) в области биоинформатики, что позволит ученым Takeda использовать уникальные методы анализа биомедицинских данных, разработанные институтом, для оптимизации собственных научно-исследовательских разработок компании.

Соглашение о сотрудничестве между Takeda и Сибирским отделением РАН было подписано 18 февраля 2014 г. в Японии. Совместные проекты могут включать в себя помимо поиска и коммерциализации перспективных молекул такие направления, как исследования стволовых клеток, поиск новых технологий доставки лекарственного вещества и проекты, направленные на улучшение понимания механизмов развития заболеваний. В настоящее время рассматриваются еще два проекта.

Источник: Интерфакс

Впервые в России женщина, прошедшая полный курс лечения от рака, смогла родить ребенка

До недавнего времени в России действовал закон, согласно которому болевшие онкологическими заболеваниями и утратившие возможность иметь детей женщины не могли проходить процедуру ЭКО (экстракорпорального оплодотворения).

Уникальная технология зачатия была разработана специалистами медицинского радиологического научного центра (МРНЦ) в Обнинске. Данная разработка является первой в мире с использованием витрификации — быстрой заморозки ткани, сообщила корр. ТАСС руководитель отделения новых медицинских технологий МРНЦ Минздрава России Марина Киселева.

«Пациентка в 2010 году обратилась в радиологический центр в Обнинске по поводу рака щитовидной железы, у нее был поставлен диагноз «четвертая степень рака», ее прооперировали. После операции ей была назначена радиотерапия, которая обладает повреждающим действием на детородную функцию, поэтому у женщины был взят генетический материал, в частности, была заморожена (витрифицирована) ее яичниковая ткань», — рассказала Киселева.

Через три года у женщины прошел срок онкологического риска, в результате появилась возможность пересадить ей здоровую ткань, которая помогла ей восстановить функцию яичников. В результате было получено четыре эмбриона, два из которых после оплодотворения были перенесены пациентке. Два эмбриона сохранены в центре на случай, если женщина планирует еще рожать.

28-летней жительнице Подмосковья «сегодня было сделано кесарево сечение, операция прошла без технических затруднений в течение 19 минут, родился мальчик, вес 3400 граммов, рост 52 см, все в рамках совершеннейшей нормы», — рассказала корр. ТАСС замглавного врача по детству и родовспоможению роддома Обнинска Вера Плашкевич.

Источник: ТАСС

Начало на стр. 1

он не знаком, это для тебя — инородное тело. Приватизация, оказывается, была узаконена до путча Верховным Советом России. Для меня это было новостью: закон о приватизации был принят до Егора Гайдара и до Анатолия Чубайса. Еще вопрос: твое выступление на Эхе Москвы против путча 20 августа (я сделал интервью на даче и отвез тогда его в редакцию Эха; это было последнее выступление перед отключением Эха Москвы от эфира) — сыграло какую-то роль в назначении тебя министром?

А. Думаю — нет. После путча сняли министра Игоря Денисова. Надо было назначать нового. Меня позвал к себе Алеша Яблоков. Мы с ним говорили, я ставил условием, что моим первым замом будет Владимир Иванович Шахматов. Так мы и сделали, я ему отдал деньги. Почему Яблоков? Были люди, которым Ельцин раздал направления, и вот доверенный человек Ельцина — Яблоков — он был советник президента — предложил Воробьева.

П. Получается, ты не был с Гайдаром знаком, он с тобой не был знаком, это были параллельные миры!

А. Первым руководителем Правительства был Геннадий Бурбулис, потом очень скоро стал Гайдар. (Справка: это не совсем так: с начала и до середины 92 г. Правительство возглавлял формально Б.Н. Ельцин, а с 15 июня 1992 г. — Е.Т. Гайдар исполнял обязанности, видимо, речь о председательствующем на заседаниях.) Я стал министром 15 ноября. (Справка: Правительство официально утверждено 28 ноября.) Первые 2 недели ноября ушли на согласования. КГБ, ФСБ никакого отношения к этому не имели, тогда это не обсуждалось вообще. Ельцин ставил своих.

П. А что было на заседаниях Правительства. Вот министр обороны Павел Грачев рассказал в книге, что ему было крайне скучно, и он рассматривал грудь Старовойтовой.

А. Это его мировосприятие характеризует уровень подборки кадров. Правительство было организовано таким образом, чтобы оно не мешало Ельцину наводить новый порядок в стране. Было условие: на Правительстве обсуждаются только те вопросы, которые заранее были внесены в повестку дня. Никаких отклонений. Мнение Председателя является окончательным и не принимается голосованием. На заседании был 1—2 раза Борис Николаевич, в начале, потом иногда тоже приходил. Но дискуссии, обсуждения, задачи проектов, чтобы их можно было заранее обсудить — этого не было. Была идея построить капитализм, но позже. Моя идея была — не разрушить советскую медицину. Я понимал, что медицина будет подорвана. Мне надо было сохранить институты, высокие технологии и провести документ о дорогостоящих видах лечения. Потому что была идея шоковой терапии: разрушение всего и вся, и на развалинах собирались построить страховую самообеспечивающуюся медицину.

П. Это кем-то высказывалось?

А. Это витало в воздухе. Была в Верховном Совете группа Аскалонова (Артура Александровича), у них были идеи страхования. Я помню, что они протаскивали фонды страхования, отделяя их от органов управления здравоохранением. Это был конец 92-го года, и я против этого возражал. Сразу создавалось враждебное отношение к Министерству. Аскалонов приглашал меня на заседание группы депутатов. Я приходил вовремя, он опаздывал, входя говорил общее «здрасьте», руки не протягивал и не здоровался. Так мы и работали — полный разлад Министерства и группы Верховного Совета.

П. Они что-то предлагали, пытались взаимодействовать?

А. Только словесная дискредитация. Я и не пытался с Верховным Советом работать, там не было ничего, это было бесполезно, это был другой мир, мир Ельцина, мир разрушения. Столкнулись мы на закупочном договоре фирмы «Филлипс» по производству линейных ускорителей. Я и сам понимал, и ко мне приезжали ученые из Ленинграда, что ни в коем случае нельзя закупать производство за рубежом, потому что они — фирма «Филлипс» — продавали устаревшие технологии, а мы делаем даже более мощные. К нашим надо было кое-какие приставки, комплектующие сделать, но это мелочь. Я отказался платить, но все носило настолько вульгарно-воровской характер... Заседает правительственная комиссия по этому вопросу, и вдруг приходит на нее переводчик этой компании. Я задаю вопрос: как это может быть, закрытое заседание, связанное с огромными деньгами. «Андрей Иванович, она переводчик не только этой компании, но и Министерства промышленности, не волнуйтесь». Ну, пожал плечами. Я категорически отказался платить деньги из бюджета через Министерство, но оплатили договор из средств Совета Министров, минуя Минздрав. Меня поддержал в этом деле только один человек — Министр внешних экономических связей Сергей Юрьевич Глазьев. Я один был против. Им ничего не стоило сказать: Андрей прав.

П. А зачем?

А. Можно было сказать: Воробьев говорит логичные вещи. А мне говорят: Ельцин же уже подписал договор. Но в договоре фигурируют форс-мажорные обстоятельства: ког-

да Ельцин подписывал, был Советский Союз, а не Россия, не было еще Министерства здравоохранения. Было ясно, что этот договор гробит мою промышленность.

П. А им то что? Задача Гайдара — об этом написано сейчас много — была максимально закрыть военное производство.

А. Я этого не знал, меня это не устраивало. Линейные ускорители — это оборонная промышленность: они нужны для просвечивания корабельных швов.

П. Когда ты пришел в Минздрав, было еще два Минздрава: советский и российский.

А. Нет, советского Минздрава уже не было, его ликвидировали. Когда меня назначили, мне позвонил Алексей Михайлович Москвичев: Андрей Иванович, кресло свободно, Вы не можете идти на Вадковский переулок (здание Минздрава РСФСР), вы идите сюда, на Рахмановский (здание Минздрава СССР), мы ждем. Москвичев остался замминистра РСФСР, я его перевел. Они оставались еще на работе в закрываемом министерстве, их нужно было уволить, но я многих перевел к себе, и они остались на своих местах. Я сохранил руководителя иностранного отдела. Он мне очень помогал.

Началась атака: американцы приезжают, директор крупнейшего банка — Андрей Иванович, мы даем кредит под строительство завода по производству аспирина. Я говорю: мне не нужен аспирин, у меня свой есть. Андрей Иванович, Вы ничего не понимаете, мы даем кредит под строительство Нового! завода. А мне не надо.

П. А кто был министром России до тебя?

А. До меня был министр, пришедший, кажется, из Саратова, Вячеслав Иванович Калинин.

П. А почему его сняли, он не угодил?

А. Министерство здравоохранения РСФСР было ликвидировано, вместо него сделали новый Минздрав с функциями союзного. Это была полная перестройка функций, до этого Минздрав России был маленькой конторкой, решавшей совсем немного, совсем частных проблем.

Стародубов Владимир Иванович был замминистра, и он всю жизнь мне помнил, что я пришел в Минздрав, вызвал его и сказал: не волнуйся спокойно работай, я тебя не трону.

С Москвичевым мы работали ухом в ухо. Он был союзный зам «по идеологии», он тащил лечебное дело. На Совмине решался вопрос о приватизации лечебных учреждений. Я и тогда и сейчас был решительным против этого. Переход от социализма, пусть и плохого, к капитализму — противоестественен. Капитализм разрушил Советский Союз и его медицину. Москвичев и Стародубов мне помогли сохранить здравоохранение.

Бэла (Анатольевна) Денисенко уже была первым замминистра РСФСР, и она осталась.

П. Я должен напомнить про 41-й приказ от февраля 1991 года. Он был простой, в одну строку: предоставить аптечным учреждениям статус юридического лица. То есть они становились организациями, а до этого директора аптек да и все остальные сотрудники трудовые книжки держали в аптечных управлениях. Там же получали зарплату, у них не было собственной бухгалтерии. Я это помню хорошо, поскольку это я писал приказ, это была моя установка, мы приезжали на Николину Гору обсуждать с тобой этот приказ, ты с нами согласился. Это был важнейший приказ, самый

главный, наверное. Это не было приватизацией аптек, аптеки оставались в собственности государства. Это было раскрепощение аптек. Перестать быть вассалами государственных структур — это принципиально важно. То, чего не случилось, к сожалению, с медицинскими учреждениями: этот приказ должен был включать и медицинские организации, но Москвичев, по твоим словам тогда, больницы и поликлиники оттуда вычеркнул. Это, на мой взгляд, является одной из причин сегодняшней катастрофы. Потому что из аптеки, несмотря на то что происходит, не подчинены главку, а больницы и поликлиники остались в подчинении у главка. То есть главные врачи являются креатурами, ставленниками, подчиненными главка.

А на заседания Правительства ты выносишь какие-то медицинские идеи?

А. Никаких глобальных идей не было, не было и в обратную сторону. Они же устраивали экономический переворот с шоковой терапией.

П. Ты к этому времени — моменту шоковой терапии, когда отпустили цены — уже работал полтора месяца. К тебе обращались с какой-то темой?

А. Даже приватизация аптек не обсуждалась. Не обсуждалось ничего по сути. В Правительстве я мало кого знал. Была команда — Гайдар, Авен, Нечаев, Шохин, Чубайс. Больше в кабмине команд не было. Да и правительства как такового не было. По сути, я был вне Правительства, вне этой экономической кучки. Все остальные — это были люди отдельные, приходящие. Борис Салтыков и другие, такие как я, — одиночки. Николай Федоров, юрист, запомнился мне как толковый парень, всегда говорил дело и немного. Федотов Михаил Александрович, Министр печати — с ним я проработал недолго. До Федотова был такой видный человек, Михаил Полторанин, вхожий к

Меня позвал к себе Алеша Яблоков. Мы с ним говорили, я ставил условием, что моим первым замом будет Владимир Иванович Шахматов. Так мы и сделали, я ему отдал деньги.

Я и не пытался с Верховным Советом работать, там не было ничего, это было бесполезно, это был другой мир, мир Ельцина, мир разрушения.



Начало на стр. 1, 2

Ельцину, и потом в один день — его нет. Это было типично для Ельцинского правительства. Меня ведь сняли очень просто: делал доклад Министр культуры и жаловался на нехватку денег. Я выступил и говорю (что вообще было не принято): что вы про деньги, а вот у вас в этом году в 2 или 3 международных музыкальных конкурсах есть лауреаты I премии. И ни один из них не остался в России, все уехали за бугор. А вот если в Консерватории им дали бы хоть ассистентские ставки... А у вас какие-то киношные дивы из Бразилии принимаются премьером, а этих никто не знает. На утро меня сняли.

П. Я, честно говоря, связывал снятие с историей про Руслана Хасбулатова.

А. Нет. Действительно, как-то мне позвонил Бурбулис, говорит, что Хасбулатов в кабинете то ли пьяный, то ли в наркотическом опьянении: надо освидетельствовать. Пожалуйста, Андрей Иванович, надо ваше присутствие. Я категорически говорю: нет. Есть милиция, скорая помощь — вызывайте. Андрей Иванович, ну это же серьезное дело, Борис Николаевич в этом заинтересован. Я говорю: Геннадий Эдуардович, я не поеду. Выводы они потом там делали, но со мной никаких оргвыводов не было: публичной истории из этого делать было нельзя.

П. Сейчас у каждого заместителя министра, начальника главка есть куратор из ФСБ.

А. При мне этого не было. Я знал министра госбезопасности, у нас были приличные отношения, но мы были предельно далеки друг от друга. Может быть и был институт кураторов, но я про него ничего не знаю, а может быть он появился где-то ближе к концу 90 годов.

Госбезопасность, конечно, была, я с руководителем говорил: не пускай американцев в Челябинск-40 — секретнейший, важнейший атомный центр. В ответ: я постараюсь, но не все в моих руках. Шла мощная разведывательная акция по атомной промышленности. Меня никто не спрашивал. Меня спросили: можно ли показывать больных с хронической лучевой болезнью. Я говорю: нечего им там делать, ничего не надо показывать им, ничего. Но пустили туда без меня, в закрытый город, где создавалась первая атомная бомба. А что там делали и показали ли больных, ничего этого я не знаю.

П. Я знаю эту историю немножко позже, они ездили по атомным городам, городам-побратимам. Что-то все выясняли... А, вот, Немцов...

А. У нас с Немцовым разные оценки Ельцина и тех событий. Я запомнил как эталон заседания, незадолго до моего снятия, отчет Министра топлива Лопухина Владимира Михайловича. Он делал доклад, толковый, его все одобряли. На заседании сидел гость, который что-то пытался возражать, но его отсекали в сторонку. А на следующий день узнал, что гость стал министром, а Лопухина сняли. Это типичный Ельцинский поступок, он быстро снимал почти всех. Весь совет министров был сменен.

П. Я прочитал несколько книжек Альфреда Коха, Анатолия Чубайса о тех событиях, еще Леонида Лопатникова — правой руки Гайдара. Меня поразило в этих книгах, а теперь я это вижу везде, оголтелый, животный какой-то антикоммунизм. Ничем не мотивированный. Основное, с чем борется Чубайс, — это с коммунистами. Во всем, как известно из классики, «виноваты евреи», ну, а в данном случае — коммунисты. Нет обсуждения вопросов идеологии, экономики: просто виноваты и все. Мы их победим, и все у нас будет хорошо. Такая же позиция Лопатникова, и он ее представляет как мнение Гайдара. Странная позиция, странная ситуация.

А. С Гайдаром я имел дело только когда мы пытались спасти заводы медицинской промышленности. Я вместе со своим замом Василием Васильевичем Громько в это втянулся. Я увидел, как у меня за спиной перделывают бумаги. Я хотел сделать Владимир, его химические заводы опорной базой для производства пластиковых изделий. А они взяли, изменили мое письмо, первую страницу напечатали на другой бумаге, на другой машинке и отдали Гайдару. И таковым городом стала Пенза, где все дороже гораздо и хуже. Я прибежал к Гайдару и говорю: ну что это такое. А он: а что вы от меня хотите, с моего стола пропадают секретные документы. Я развел руками. С Громько мы хорошо работали, Громько — это наследство от Чазова, он остался от советского Минздрава. Но Громько Денисенко сняла. Он оставался, будучи чиновником, сотрудником фирмы Сименс. А вышел указ Президента, запрещающий совместительство. И сколько я не бегал к Гайдару с просьбой этого не делать, он не только его снял, но и разрешил опубликовать порочащий его материал. За это он поплатился Бэлой Денисенко. Она назначила себя редактором журнала и получала за это деньги. Мелочь, конечно, но за такие «прегрешения» надо снимать с работы: вышел указ, его надо исполнять. Гайдар защищал ее как мог. Ельцин ее не спалас, а Гайдар спалас. Мне позвонил и говорит: давайте отделаемся выговором. Я говорю: нет, закон есть закон. Я ее снял, это было в ноябре 92-го года. А она уже подготовила приказ о снятии Пальцева Михаила Александровича, ректора Первого меда. По подложным документам. Отправила комиссию в Стоматинститут снимать Евгения Ивановича Соколова. Комиссию я завернул, раздолбал подложные документы против Пальцева. Сменить двух ректоров — это же надо было тогда придумать.



МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ научное общество терапевтов

П. А были какие-то идеи, которые ты не смог реализовать?

А. Тюрма. Я поехал в Бутырскую тюрьму с заместителем Министра внутренних дел. Ходили по камерам, говорили с начальником тюрьмы. Кормили прилично, на еду жалоб не было. Но многие сидели в предварительном заключении годами — до 5 лет — под следствием. Тогда пыток не было — я знал, что были до этого, понимал, что будут после. Но за пытками контроль может осуществлять только посторонний: тот, кто работает внутри Министерства внутренних дел, конечно, к пыточной проблеме не подойдет. Я провел через коллегия Минздрава и Совет министров Постановление о передаче медицины тюрем, лагерей и следственных изоляторов в ведение Министерства здравоохранения. Были большие дебаты, много говорилось, чтобы продумать систему повышенной оплаты за эту трудную деятельность. Все это было сделано. И мы такое решение приняли. Последнюю подпись — а надо было собрать подписи всех министров и уже отдавать в печать как решение Совета министров, я все это сделал — последнюю подпись я получал у Министра юстиции Федорова. Он очень внимательно читал, что-то, наверно, раньше правил. Это было в конце декабря 1992-го года, а на следующий день на место Гайдара приходит Черномырдин. Я автоматом остаюсь вне министерства. При моем сменщике это решение подменили, передали здравоохранение из Министерства внутренних дел в Министерство юстиции, в этот пресловутый УФСИН — управление исполнения наказаний. Как можно вообще такое управление держать и не краснеть от стыда, я не знаю. Это, конечно, был подлог. УФСИН по функциям ближе к Министерству внутренних дел, чем к здравоохранению. Пытки сохранились.

Свою стадию я сделал, провел Постановление Правительством. А потом был подлог. И все. Я все время занимался текущими вопросами, никакой стратегической линии не было. У меня к Совмину не было вопросов: приватизация, медицинская промышленность ко мне отношения не имели, это было в промышленном министерстве. И лекарства — не моя тема, это министерство промышленности. Меня все время снимали, все министры летели один за другим.

П. Но Апазов Александр Дмитриевич у тебя дневал и ночевал в кабинете. Ты мне рассказывал, что из России вывозят эшелонами дешевые лекарства. При тебе начал формироваться перечень жизненно необходимых лекарств в 1992-м году.

А. Да, при страшной оппозиции фармакологов. Я создал комиссию, которая занималась лекарствами, и они всячески мешали, противопоставлял мне председателя Фармкомитета Лепихина (Владимира Константиновича). Но с Лепихиным мы договаривались.

П. Странно получается: тема лекарств тебя мало касалась. Или ты про эту работу особенно не знал? Работа Апазова. Фармкомитет Лепихина. Была такая дама Носкова Тамара Ивановна, возглавляла Комитет по новой технике.

А. Хорошая была тетка. Она мне помогала, хорошо работала.

П. Я с Тамарой Ивановной работал с середины 80-х, разрабатывая автоматизированные места врачей — АРМы, термомониторинг и систему контроля качества для свежемороженой плазмы. Удивительно: при Советской власти Фармакологический комитет — отдельно от Минздрава, Комитет по новой медицинской технике — отдельно. Был еще Комитет по наркотикам, Фармакопейный комитет. Строго говоря, Министерство здравоохранения к ним прямого отношения не имело или они не имели к Минздраву

прямого отношения. Руководители этих комитетов не получали зарплату в Минздраве, через Минздрав не проходили никакие документы, даже утверждение инструкций.

Но при этом они имели собственную бухгалтерию и оплачивали работы. Причем распределяли порой огромные бюджетные суммы. В СССР вся «медицинская» конверсия шла через руки Комитета по новой технике, все финансирование. Минздрав выделял деньги, и они финансировали разработку новых препаратов и новой медицинской техники. В комитетах работали эксперты, их было много, очень много. Просто удивительно. И ты подтверждаешь, что Минздрав к этому не имел никакого прямого отношения. Согласись, что конструкция более чем демократическая. Интересно, что ты ничего об этом не знаешь потому, что тебя никто не трогал. Тамара Ивановна Носкова тебя не трогала, она разруливала всю ситуацию самостоятельно.

А. Нет, мы с ней, конечно, заседали, но, действительно, решения принимались ею.

П. А была какая-то команда людей, которые что-то предлагали, ходили к тебе с какими-то идеями, что-то просили? Кроме нашей небольшой группки со стандартами. Я вот никак не могу понять: ты был в Минздраве и вокруг тебя никого не было ни с какими идеологическими мыслями. Вот, например, Венедиктов Дмитрий Дмитриевич, ты с ним ничего не обсуждал — почему? Не было людей таких в России?

А. У меня задача была сохранить отрасль, те, кто был со мной, имели ту же задачу. Министры регионов не просили дать денег, но и денег же не было: тогда медицину перевели

На Совмине решался вопрос о приватизации лечебных учреждений. Я и тогда и сейчас был решительно против этого.

Я провёл через коллегия Минздрава и Совет Министров Постановление о передаче медицины тюрем, лагерей и следственных изоляторов в ведение Министерства здравоохранения.

ИнтерНьюс

Ученые нашли первое замедляющее болезнь Альцгеймера лекарство

Ученые нашли первое лекарство, которое, по всей видимости, замедляет изменения в мозге, вызванные болезнью Альцгеймера.

Лекарство под названием Solanezumab противостоит потере памяти у больных с начальной стадией Альцгеймера. Оно стало первым медикаментом за несколько десятков лет экспериментов, который влияет на заболевание.

Сообщается, что лекарство оказывало эффект в течение нескольких часов. В то же время медики отметили, что препарат не обеспечивает излечения болезни.

«Это первое свидетельство, что мы можем влиять на заболевание. На мой взгляд, это прорыв. История медицины показывает, что как только вы сделали этот шаг, вы можете идти дальше и усилить терапевтический эффект», — считает глава центра по исследованию болезни Альцгеймера в Великобритании Эрик Карран.

Сообщается, что лекарство создано американской фармацевтической компанией Eli Lilly.

Ранее существовавшие медикаменты помогали снять симптомы, но никак не останавливали само заболевание.

Источник: Интерфакс

В США хирургам удалось пересадить восьмилетнему мальчику кисти рук

Американские хирурги сумели пересадить кисти рук восьмилетнему мальчику. Как сообщили во вторник медики на пресс-конференции в Филадельфии, Зион Харви стал самым молодым пациентом, которому в США провели подобную операцию.

Харви продемонстрировал журналистам, что уже может немного шевелить пальцами и даже слегка сжимать их. Он признался, что снова ощущать кисти показалось ему «в начале немного странным, а потом приятным». Продолжавшаяся 11 часов операция, в которой участвовали примерно 40 врачей, была проведена ранее в этом месяце, однако публично сообщили о ней только теперь. Хирурги аккуратно соединили артерии, вены, сухожилия, мышцы и нервы, а кости скрепили с помощью металлических пластинок и винтов.

Мальчику ампутировали кисти обеих рук, а также ступни после того, как он получил заражение крови. В четыре года ему провели операцию по пересадке почки от матери. Харви, проживающий в пригороде Балтимора, начал ходить с помощью протезов, и даже не имея кистей рук, научился писать, самостоятельно есть и играть в компьютерные игры. Теперь он хочет попробовать заняться спортом.

Как отметили врачи, Харви в течение всей жизни придется принимать медицинские препараты, предотвращающие отторжение тканей. Как ожидается, он пробудет в больнице еще несколько недель.

Источник: ТАСС

Во Франции суд назначил пособие по инвалидности женщине, страдающей аллергией на излучение от бытовых электроприборов и гаджетов, в том числе от сотового телефона

Как пишет издание The Local, заявительница — 39-летняя Марина Ришар утверждает, что страдает электромагнитной гиперчувствительностью. В большинстве стран, включая Францию, такие расстройства официально не признаются медицинскими проблемами. Но некоторые настаивают, что воздействие мобильных телефонов, Wi-Fi маршрутизаторов, телевизоров и других устройств причиняют им различные страдания, начиная от легкого дискомфорта до недомоганий, приводящих к инвалидности. Так, Марина Ришар вынуждена была выбрать жизнь затворницы в горах на юго-западе Франции — в здании без электричества и с питьевой водой из колодца.

Наука пока не нашла доказательств связи электромагнитного воздействия с различными симптомами — покалыванием, головными болями, усталостью, тошнотой, учащенным сердцебиением. Некоторые исследователи даже считают, что в этом случае нарушения могут быть вызваны эффектом «ноцебо» — обратным эффектом «плацебо». Иначе говоря, люди могут плохо себя чувствовать только из-за того, что верят, что их окружают «вредные» вещи.

По словам адвоката женщины, это судебное решение может создать прецедентом для тысяч страдающих гиперчувствительностью к электромагнитному излучению. По решению суда Тулузы, Марина сможет получать пособие по инвалидности около 800 евро в месяц в течение трех лет.

Источник: ДокторПутер

ИнтерНьюс

Пересадка головы российского программиста назначена на декабрь 2017 года

Операция по трансплантации головы человека, на которую дал согласие итальянскому хирургу Серджио Канаверо российский программист Валерий Спиридонов, запланирована на декабрь 2017 года. Итальянский нейрохирург Канаверо заявил о планах по трансплантации человеческой головы в феврале этого года. Стать его пациентом изъявил желание программист из Владимира 30-летний Валерий Спиридонов, который страдает врожденной спинальной мышечной атрофией. При таком диагнозе мышцы и скелет больного еще в раннем детстве останавливаются в развитии. Заболевание с каждым годом прогрессирует, и на данный момент россиянину уже трудно контролировать свое тело. Поэтому он согласился на операцию, даже несмотря на риск не выжить после нее.

Предполагается, что операция займет 36 часов, для того чтобы ткани не начали разрушаться за столь длительное время, голову и тело пациента потребуются охладить. Стоимость операции превышает \$11 млн. В России провести ее запрещает законодательство, поэтому, скорее всего, она пройдет в США.

Канаверо уверен в успехе проекта, однако некоторые его коллеги считают затею фантастической. Так, трансплантолог Анзор Хубутия, главный врач НИИ скорой помощи им. Склифосовского, полагает, что такая операция невозможна, пока не решена проблема восстановления спинного мозга.

Источник: ТАСС

Сон на боку наиболее эффективен для очищения мозга от токсинов

Сон в латеральной позиции (на боку) по сравнению со сном на спине или животе позволяет мозгу очищаться от продуктов жизнедеятельности более эффективно. Это означает, что поза сна может способствовать защите от неврологических заболеваний, в том числе болезней Альцгеймера и Паркинсона. Такие результаты получены в исследовании, выполненном в американском Университете Стоуни-Брук (Stony Brook University).

Используя МРТ с динамическим контрастным усилением, Хелен Бенвенисте (Helene Benveniste), Гедок Ли (Hedok Lee) и коллеги получили визуализацию работы глимфатической системы (глиально-лимфатической системы, через которую производится очистка мозга от «мусора»). Во время сна глимфатическая система работает наиболее эффективно, удаляя продукты переработки и токсины. Среди них — белки тау и β-амилоид, которые, накапливаясь, вызывают нейродегенеративные процессы (их скопления в мозге характерны, например, для болезни Альцгеймера).

Бенвенисте и коллеги проводили эксперимент на мышах: грызунов под анестезией помещали в три позиции: латеральную (на боку), пронираванную (ничком) и супинированную (на спине). «Анализ систематически показывал нам, что глимфатический транспорт был наиболее эффективен в латеральной позиции по сравнению с пронираванной и супинированной», — говорит Бенвенисте. В связи с этим она предлагает учитывать позицию при диагностических МРТ-процедурах, оценивающих эффективность очищения мозга у людей, чтобы отследить накопление токсичных белков.

Любопытно, что латеральная позиция для сна наиболее популярна у человека и большинства животных, даже в дикой природе. Возможно, эта поза выработалась для наиболее эффективной очистки мозга от метаболического мусора во сне.

Исследование также служит дополнительным свидетельством связи нейродегенеративных заболеваний с нарушениями сна. Однако если обычно учитываются трудности засыпания и качество сна, то теперь становится ясно, что поза также важна.

Доктор Бенвенисте отмечает, что, несмотря на то, что авторы исследования считают свои открытия применимыми к людям, для точного понимания нужны МРТ-пробы.

Источник: Медпортал

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 24.10.2012

Председатель: академик РАМН Н.А. Мухин

Секретарь: Башлакова Е.Е.

Повестка дня:

*Проф. Р.М. Заславская, к.м.н. Э.А. Щербань,
к.м.н. М.М. Тейблум*

*(Московская Городская клиническая больница № 60;
Белгородский государственный университет).*

Влияние метеорологической и геомагнитной активности на гемодинамику больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца и поиск фармакологической защиты

Лечение больных артериальной гипертензией (АГ) остается малоэффективным. В реальной практике снижение повышенного АД до целевого уровня достигается лишь у 12—30% больных. Существует ряд причин, препятствующих достижению цели гипотензивного лечения, одна из которых — метеозависимость. БелГМУ совместно с 60-й ГКБ г. Москвы проведено изучение влияния факторов метеорологической и геомагнитной активности на гемодинамику больных с АГ и коронарной болезнью сердца у 188 человек. Были выделены 3 группы соответственно стадиям АГ и степени повышения АД, а также схеме применения адаптогенов — мелатонина, мебикара, элтацина в сочетании с традиционной антигипертензивной терапией — ингибиторы АПФ (периндоприл 5—10 мг 1 раз в сутки, диуретики (гидрохлортиазид 12,5—25 мг утром однократно), антагонисты кальция (амлодипин 2,5—10 мг в сутки), β-адреноблокаторы (бисопролол 2,5—10 мг в сутки), антиагреганты (аспирин 125 мг), нитраты (монокингве 20 мг) при ангинозных приступах. Изучали влияние на организм пациентов таких факторов погоды как, температура воздуха, атмосферное давление, относительная влажность, точка росы, облачность, направление и скорость ветра, индекс геомагнитной активности (Кр-индекс). Величины метеофакторов получали из сервера «Погода России» (meteo.infospace.ru). При анализе дневников пациентов определялась степень метеочувствительности: I — легкая — легкое недомоганием, II — средняя — нарушение сосудистых реакций — повышение АД и другие, III — выраженная метеопатия — значительные нарушения в вегетативной нервной системе — кардиологический, астеноневротический синдром, одышка, повышение температуры тела и т.д. В результате проведенного исследования было установлено, что пациенты с нормальным и умеренно повышенным АД в одинаковой степени подвержены воздействию метеофакторов. При высокой АГ, а также при АГ в сочетании с коронарной болезнью сердца, число взаимосвязей между показателями АД и факторами погоды увеличивается более чем в 3 раза. Традиционная терапия больных АГ II—III стадии, 2—3 степени в сочетании со стенокардией напряжения I—II ФК, или постинфарктным кардиосклерозом существенно не влияет на взаимосвязь между фактора-

ми метеорологической, геомагнитной активности и показателями гемодинамики, при этом обладает умеренным гипотензивным и антиангинальным эффектом, положительно влияет на систолическую и диастолическую функции левого желудочка, нормализует скоростные показатели мозгового кровотока. На фоне лечения с включением адаптогена мелаксена уменьшается влияние атмосферного давления на параметры АД, облачности и параметров ветра — на показатели эхокардиографии, отсутствуют корреляции с Кр-индексом, что ускоряет наступление стойкого клинического эффекта, приводит к потенцированию гипотензивного действия традиционной терапии и нормализации суточного профиля АД, улучшению систолической и диастолической функции левого желудочка, нормализации скоростных показателей церебрального кровотока по обеим средним мозговым артериям. Включение в терапию мебикара способствует уменьшению влияния облачности и параметров ветра на показатели церебрального кровотока, препарат способствует снижению влияния геомагнитной активности на параметры АД и показатели эхокардиографии, что сопровождается более ранним наступлением клинического эффекта, нормализацией скоростных показателей мозгового кровотока и индексов периферического сосудистого сопротивления, усилением гипотензивного действия традиционной терапии и нормализацией диастолической функции левого желудочка. Включение в терапию препарата элтацина способствует уменьшению взаимосвязи между атмосферным давлением, облачностью, ветром и показателями эхокардиографии, суточного мониторирования АД, что приводит к более раннему наступлению клинического эффекта, улучшению систолической функции миокарда левого желудочка, усилению гипотензивного действия традиционной терапии, нормализации скоростных показателей мозгового кровотока. Выявлены метеопротективные свойства лекарственных препаратов с адаптогенным действием (мелаксен, мебикар, элтацин), а также магнитопротективные свойства мелаксена и мебикара, что может быть использовано для лечения метео- и магниточувствительных больных с АГ II—III стадии, 2—3 степени и ишемической болезнью сердца (стенокардией напряжения I—II ФК, постинфарктным кардиосклерозом).

Вопрос: Каким образом ветер оказывает влияние на гемодинамику?

Ответ: Все факторы взаимосвязаны. Давление зависит от температуры, от влажности. Скорость ветра — от перепадов давления и т.д. В проведенной работе учитывалась скорость ветра — ветер слабый — до 5 м/с, умеренный — до 8 м/с и сильный — при 10 м/с и более. Воздействие на соответствующие баро-, хемо- и терморесепторы метеофакторов приводит к активации симпатической и ренин-ангиотензиновой системы, изменяя активность высвобождения оксида азота и других факторов. При резких колебаниях атмосферного давления и сильных порывах ветра повышается АД.

Академик Н.А. Мухин: Спасибо, что Вы привлекаете нас к этой существующей проблеме. Много раз проводились исследования в популяции о влиянии метеофакторов на организм человека. Важно, чтобы Ваши сведения были опубликованы. Может не только кардиологические проявления влияния метеофакторов, а и на пищеварение.

Начало на стр. 1, 2, 3 ↗

на региональное финансирование. Я не снабжал деньгами Красноярск — у них деньги были свои.

Я провел Указ Президента от 26 сентября 92-го года о финансировании дорогостоящих видов лечения отдельной строкой бюджета — не бюджета Минздрава и Академии наук. Это было важно для сохранения ведущих институтов. Тогда прекратились, заморозились стройки Института сердечно-сосудистой хирургии на Рублевке и Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко в центре Москвы. Строительство институтов было внутри этого указа. Это было уже внутри-аппаратное дело. Бумагу я подписал, а Володя Бураковский взял ее и проталкивал через Минфин с помощью полуторки, на которой он вез подарки. Ну, может быть, не полуторку, но примерно так. Я помог вновь оживить эти стройки.

У Святослава Федорова был огромный бюджет, во времена Рыжкова ему дали государственные средства. Я ему помогал выжить. Он шумел в печати о том, как он зарабатывает, а приходил ко мне за деньгами.

II. Получается, что ни Гайдар с Чубайсом не собрали вокруг себя партию, которая могла бы их поддерживать, ни ты. Не было экспертной команды, группы поддержки.

Вернемся снова к медицинскому страхованию. Вышел Закон, потом — Указ Президента, потом — твой Приказ 93-й в марте 92-го года о введении медицинского страхования в отрасль. Собственно с этого момента началось медицинское страхование, о котором сейчас многие говорят — это была большая ошибка. Приказ готовил Стародубов, я тоже активно участвовал в подготовке. Там впервые водились вопросы лицензирования и вопросы стандартизации. Осталось неясным — кто писал закон, и что он имел в виду. Никто не мог сказать, чем лицензирование отличается от аккредитации. Мы «авторов» спрашивали, они отнекивались. Впечатление осталось, что кто-то сторонний закон этот писал. Ты создал впервые отдел стандартизации в здравоохранении, впервые была прописана на бумаге система стандартизации. И с тех пор начинается официально стандартизация в здравоохранении России.

У Святослава Фёдорова был огромный бюджет, во времена Рыжкова ему дали государственные средства. Я ему помогал выжить. Он шумел в печати о том, как он зарабатывает, а приходил ко мне за деньгами.

Мы собрали тогда профильные комиссии экспертов — потрясающие были врачи. К сожалению, многие уже покойники. Начали делать первые стандарты. Но тебя через несколько месяцев сняли, и первое, что было сделано новым министром, — закрыт отдел стандартизации. Этот отдел был беломом в глазу. Сережа Горбунов, руководитель отдела, даже был вынужден объявить голодовку в Минздраве, но это не спасло ситуацию.

А, может быть, к тебе тоже приходили иностранные консультанты — тогда ведь много их появилось?

А. Ну были предложения купить какие-то производства, а так больше нет. Очень быстро выяснилась позиция, что Воробьев немедленно вызывает своего начальника иностранного главка. И очень жестко дает отпор. С ВОЗом у меня были нормальные отношения, я был в ВОЗе, я был в Копенгагене. В ВОЗе были только заседания, ничего от нас не хотели, ничего не навязывали. Красный Крест не играл никакой роли, я с ним не имел никакого дела.

II. А кто нашел нового министра Эдуарда Нечаева?

А. Его привел Черномырдин, меня окончательно сняли вместе с Гайдара во второй раз. А первый раз Гайдар меня вернул на следующий день, сделал с приставкой и.о.

II. Сразу сняли повешенный тобою лозунг — призыв доктора Гааза на стене твоего кабинета, что выходила в коридор перед залом Коллегии: «Спешите делать добро». И портрет В.И.Ленина, именно портрет, а не литография, под которым ты сидел, исчез. Пришли иные времена...

А. Это было 30 октября 92 года. Вернувшись на следующий день, восстановил и Ленина, и Гааза на стенах.

II. Потом все равно сняли... Ты потом ведь Бориса Николаевича лечил. Были какие-то воспоминания, что ты у него был министром в Правительстве?

А. Нет, никогда не обсуждалось. Мы знали, что мы знакомы, но никогда не возвращались к этому разговору. Он уже был Президент страны, Горбачева не было, борьбы не было, съезда не было — это была совершенно другая фигура...

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 25.09.2013**

Председатель: академик А.И. Воробьев

Секретарь: Башлакова Е.Е.

*И. К.м.н. Е.Д. Катрашева, В.С. Попов,
Л.Г. Жирова, к.м.н. Н.Ю. Сивухина,
к.м.н. Н.В. Баламатов, к.м.н. Д.А. Пихута
(ФБГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова, МЗ РФ»)*

**Кардиомиопатия «такоцубо»
как маска острого инфаркта миокарда
Клиническая демонстрация**

Доклад посвящен необычному клиническому случаю — кардиомиопатии «такоцубо» — это баллоноподобное транзиторное расширение левого желудочка. Спустя некоторое время, нарушение сократимости проходит. Коронарные артерии интактны. Эта патология была описана японскими учеными в 1990 г., «такоцубо» по-японски — «ловушка для осьминога». В Европе 1-й случай был описан в 2003 г. Эта кардиомиопатия выявляется у 2% больных с направительным диагнозом ОИМ в основном у пациенток в постменопаузе. Проявляется как и ОКС: боль в груди ангинозного характера, признаки острой сердечной недостаточности вплоть до кардиогенного шока. Чаше заболевание развивается после действия эмоционального или физического (операции, травмы) фактора. Обсуждают роль избыточной секреции катехоламинов. Патогномоничны изменения на Эхо-КГ: обширные зоны гипо- и акинеза в сочетании с дилатацией верхушки, средних отделов сердца и гиперкинез основания сердца. Фракция выброса снижена. Нарушения сократимости преходящи. На ЭКГ — изменения сегмента ST и зубца T, напоминают инфаркт левого желудочка. Отмечается повышение уровня тропонинов. При коронарографии не отмечается каких-либо значимых изменений в сосудах сердца. Иногда бывает разрыв миокарда, однако в 95% случаев заболевание заканчивается полным выздоровлением с полным восстановлением сократимости.

Мы наблюдали несколько случаев кардиомиопатии «такоцубо». В кардиореанимацию поступила женщина с гипотонией на фоне многолетней АГ. Недавно при нагрузочном тесте признаков ишемии миокарда выявлено не было. Внезапно появились одышка, слабость, головокружение, АД 70/40 мм рт. ст. При транспортировке появились признаки острой левожелудочковой недостаточности, поступала с картиной альвеолярного отека легких и выраженной гипотонией. Ввели кардиотропные и вазопрессорные препараты. На ЭКГ незначительная элевация сегмента ST по передневерхней стенке левого желудочка, походившая на синдром ранней реполяризации. На рентгенограмме — признаки отека легких, на Эхо-КГ — дилатация апикальных отделов сердца в сочетании с гиперкинезом основания. Фракция выброса — 40%. Уровень тропонина превышал 8 норм, Д-димера — 1,5 нормы. Диагноз — ОИМ, осложненная форма. При коронарографии артерии интактны. Диагноз кардиомиопатии «такоцубо» затруднял повышенный уровень Д-димера. Картина была схожа с клиникой ТЭЛА. Была выполнена компьютерная ангиография легких, на которой выявлены тромботические массы в артериях легких. Однако объем тромботических масс был невелик и не объяснял катастрофического нарушения гемодинамики. Триггерным фактором в данном случае, вероятно, явилась ТЭЛА, которая привела к первому приступу гипотонии с выбросом катехоламинов и повреждением стенок левого желудочка, что вызвало развитие острой левожелудочковой недостаточности. Проводилось лечение острой левожелудочковой недостаточности и антитромботическая терапия. Была выписана в удовлетворительном состоянии.

Распространенность заболевания в РФ не изучена. Для постановки диагноза необходима, в частности, коронарография. В дальнейшем пациентам не требуется реабилитация.

Вопрос: Какова была ЭКГ-динамика течения заболевания? Динамика Эхо-КГ картины? Каков источник тромбоза? Как быть с экспертизой таких больных? Как объяснить 7-кратное повышение уровня тропонинов при кардиомиопатии?

Ответ: Динамика изменений ЭКГ: при поступлении выявлялась элевация сегмента ST в отведениях V₂—V₄ до 1 мм. В течение нескольких дней сегмент ST вернулся на изолинию с формированием отрицательного T в этих же отведениях. Все эти изменения наблюдались в течение 14 суток. На Эхо-КГ на 10-е сутки исчезли зоны акинезии, фракция выброса возросла с 40 до 56%. Источником развития ТЭЛА являлся окклюзирующий тромбоз глубоких вен голени. С экспертизой вопрос сложный, т.к. считается, что полное выздоровление наступает через 4—8 нед. после перенесенного заболевания.

Вопрос: Чем вызваны сильные боли в грудной клетке?

Ответ: Считается, что заболевание развивается только у пациентов, которые к этому предрасположены: с гиперактивной симпатoadренальной системой. Уровень катехоламинов превышает норму в 4 раза по сравнению с ОИМ. Предполагается, что выброс катехоламинов вызывает спазм эпикардиальных сосудов и оказывает прямое токсическое действие на кардиомиоциты с гибелью отдельных клеток и повышением уровня тропонинов. Отсюда картина острой ишемии миокарда.

Академик А.И. Воробьев: Нужно поблагодарить докладчика за интереснейшее сообщение. Я впервые об этом слышу. Есть атеросклероз, а есть атеросклеротическая кардиомиопатия. Вот когда мы связались с кардиомиопатиями

дисгормональными и дисметаболическими с отрицательными T в V₂—V₄ и с положительным эффектом от введения калия. Выяснилось, что если смотреть с технецием, то зоны от перегорки до верхушки задерживают технеций долго относительно других зон левого желудочка. Д. Нечаев в Кремлевской больнице отмечал диффузное тотальное поражение миокарда левого желудочка. В данном случае были электролитные нарушения. Я так понимаю, что у вас есть несколько клинических наблюдений. Нужно накапливать материал. Есть сообщение, значит появятся и следующие. Это не такая уж казуистика — 2—3%. Надо все мелочи, всячески замечать и из любых домыслов вычлениать.

**2. Проф. В.П. Тюрин, главный терапевт
Департамента здравоохранения г. Москвы
Терапевтическая служба столицы в 2012 году:
итоги и перспективы**

В 2012 г деятельность здравоохранения была направлена на реализацию городских программ развития здравоохранения города и, в частности, — программу модернизации: оказание бесплатной медицинской помощи, внедрение стандартов медицинской помощи, новых медицинских технологий и укреплению материальной базы. В 2012 г. сократились поликлинические единицы: объединены 260 взрослых и 150 детских поликлиник в лечебно-диагностические центры, был создан городской центр профилактики неинфекционных болезней, открыто 65 Центров здоровья для взрослых, 29 детских, а также центры профилактики. Кабинеты профилактики существуют уже больше 10 лет во всех поликлиниках. За год прошли профилактическое обследование более 430 тыс. человек. Факторы риска выявлены более, чем у 65%. Из них 68% направлены на дополнительное обследование.

По сравнению с 2011 г снизилась смертность, рождаемость значительно возросла: кривые смертности и рождаемости разошлись. Продолжительность жизни мужчин — 76 лет, женщин — 80 лет. В структуре заболеваемости на 1-м месте стоят заболевания органов сердечно-сосудистой системы — около 23%, на 2-м — заболевания органов дыхания — 16,5%. Далее болезни костно-мышечной и мочеполовой системы. Одно из лидирующих мест занимает онкология.

Ежегодно возрастают объем и качество терапевтической помощи в стационарах. В 2012 г в Москве пролечено около 156 тыс. терапевтических больных. Происходит сокращение коечного фонда, улучшается квалификация специалистов. Наибольший коечный фонд (более 6 тыс. коек) — терапевтические, 4 тыс. — кардиологические, 0,7 тыс. — пульмонологические. В городе около 9 тыс. терапевтов, ставок занято более 8 тыс., 5 тыс. — в поликлинике.

За последние 3 года наблюдается сокращение использования коек, увеличивается оборот койки, занятость койки в году высокая. Оборот койки наибольший в эндокринологии и гематологии. Летальность самая высокая в гематологии.

За последние 3 года увеличилось количество кардиологических и кардиохирургических коек. В 2012 г. закончилась реконструкция 11 сосудистых центров (отделения ОКС, кардиореанимация, неврология). Количество рентгеноваскулярных процедур превысило 5 тыс. Число тромбозисов осталось прежним — около 3 тыс., из них 2,5 тыс. — в стационарах. Летальность при ОКС при ОИМ — 14,9%, при повторном значительно выше — 29,6%, а при хронической ишемической болезни — 10,8%.

Острых нарушений мозгового кровообращения в прошлом году было 339 тыс., умерли от ишемического инсульта — 24,9%, геморрагического — 52%.

На начало 2013 г. было зарегистрировано примерно 235 тыс. онкологических больных, что на 30% больше, чем ранее. На 1-м месте остается рак молочной железы — 14,4%, на 2-м — колоректальный рак — 15,8% и на 3-м — рак кожи — 9,6%. Одногодичная летальность уменьшается, 5-летняя выживаемость увеличилась с 20 до 26%.

Частота расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов велика и составляет 13,6%. Это связано с тяжестью состояния, множественной патологией, возрастом больных.

Касаясь перспектив здравоохранения Москвы, — их определил приказ Министра здравоохранения РФ о проведении всеобщей диспансеризации. В 2013 г диспансеризация должны быть охвачены 23 млн человек. Москва занимает лидирующее место. Цель диспансеризации — выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска у здоровых, которые могут повлиять на продолжительность жизни (гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и прочее). В процессе диспансеризации происходит коррекция факторов риска, дифференцированное лечение с учетом пола, возраста и сопутствующей патологии, выявление онкологии на ранней стадии заболевания (маммография, определение ПСА).

Планируется 60% медицинской помощи оказывать в поликлинике, а оставшиеся 40% — в стационаре. В настоящее время все наоборот.

Вопрос: В какой стране мира проводится диспансеризация? Чем занимаются вновь образованные структуры — центры здоровья? Сколько там занято врачей, сестер? Для чего 62 отделения профилактики? И наконец, кто ходит в эти созданные школы здоровья? Центры — это хорошо. Они оснащены. Но как попасть в эти центры, кто в них наблюдается?

Ответ: Основной тренд сегодняшнего здравоохранения профилактическая работа. Для этого и открываются Центры здоровья, отделения профилактики. Основная задача — снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. И здесь нужна большая пропагандистская работа. В Финляндии и в Америке в 1969 г ситуация была такая же, как у

Интерьюс

Найден генетический фактор, не позволяющий родинкам стать меланомой

Родинки (невусы) представляют собой доброкачественные опухоли на коже и имеются практически у каждого взрослого. Давно известно, что они разрастаются и могут вызывать рак кожи — меланому — из-за мутации в гене BRAF. Но до сих пор не было понятно, почему в какой-то момент родинки перестают расти. Исследователи из Университета Пенсильвании выделили главный генетический фактор, предотвращающий их дальнейший рост и перерождение.

И невусные клетки, и меланома развиваются из одних и тех же клеток кожи — меланоцитов. Мутация в гене BRAF, стимулирующая деление, заставляет его быть во «всегда включенном» состоянии, постоянно провоцируя деление. В родинках клеточная пролиферация обычно останавливается после того как скопление меланоцитов на поверхности кожи достигает диаметра нескольких миллиметров. Ученых занимал вопрос, что заставляет их прекращать рост при всей активности BRAF.

В статье, вышедшей в журнале **Cancer Discovery**, сообщается, что мутация BRAF, стимулирующая изначальный рост невусов, также стимулирует и производство белка p15, подавляющего рост опухоли.

Белок был обнаружен, когда исследователи сравнили меланоциты, извлеченные из доброкачественных родинок с обычными меланоцитами кожи. Главное различие сводилось к концентрации p15: в невусных клетках его было в 140 раз больше.

В конечном итоге p15 работает как мощный тормоз дальнейшего клеточного деления, который не позволяет невусу превратиться в меланому. «Когда невусные клетки теряют этот тормоз в виде p15, они могут снова начать делиться и прогрессировать в рак», — комментирует руководитель исследования дерматолог Тодд Ридки (Todd W. Ridky).

Ридки с коллегами разработали новую модель меланомы у человека, используя культивированную ткань, содержащую невусные клетки человека с удаленным белком p15. При комбинации с другими мутациями, существенными для развития меланомы, и трансплантации образцов тканей мышам, лишённые p15 клетки в итоге прогрессировали у них в меланому.

Источник: Медпортал

В России появится собственная FDA

Ради экономии бюджетных средств правительство собирается объединить Россельхознадзор, Роспотребнадзор и Росздравнадзор.

В правительстве обсуждают эту идею уже вполне серьезно. Мегарегулятор будет создан по аналогии с американским управлением FDA (Food and Drug Administration), сообщает РБК со ссылкой на свой источник в кабмине. Это позволит сэкономить в кризис бюджетные средства. Сейчас общая численность работников трех ведомств — около 27 тыс. человек, а бюджет на 2015 год составил более 37 млрд. рублей. По словам источника в финансово-экономическом блоке правительства, речь может идти не о простом слиянии ведомств, а о выделении из них «соответствующих контрольных функций» и создании новой структуры.

Напомним, что ранее депутаты Государственной Думы предложили передать контроль за качеством БАДов Росздравнадзору. В правительстве и Думе недовольны последними скандалами, связанными с биологически активными добавками. Весной 2015 года НП «Объединение производителей БАДов к пище» (ОП БАД) совместно с Союзом профессиональных фармацевтических организаций и Аптечной гильдией провело в трех государственных лабораториях экспертизу продукции для стимулирования потенции, которой, по разным данным, пользуется порядка 4 млн россиян. Исследования показали, что из 29 образцов восьми наименований продукции 25 содержали тадалафил — запрещенный к использованию в составе БАД. Еще в одном образце был обнаружен силденафил. Лекарства были обнаружены в биодобавках таких компаний, как китайская «Чжинь Юань Тхан», американская Nilens Alliance Group, малайзийская Polens и российская РИА «Панда».

Меры по реорганизации контролирующего качества еды и лекарств служб, как надеются во власти, приведут к повышению качества работы самых контролеров.

Источник: РБК, Известия

ИнтерНьюс

В Евросоюзе запретили продажу 700 дженериков

Еврокомиссия потребовала от стран-участниц Евросоюза прекратить с 21 августа продажу почти 700 дженериков, клинические исследования которых были проведены индийской компанией GVK Biosciences. Такое решение было принято в результате повторной проверки компании, проведенной Комитетом по медицинским продуктам, предназначенным для применения у людей (CHMP), Европейского агентства по лекарственным средствам (EMA), сообщает Le Monde.

Впервые подозрения на некачественное проведение клинических испытаний в отношении GVK Biosciences возникли в январе 2015 года. Тогда Европейское агентство по лекарственным средствам, получив отчет об итогах плановой проверки индийской компании от Французского агентства по безопасности лекарственных средств (ANSM), распространило отрицательную рекомендацию в отношении 1 тысячи препаратов. «В ходе проверки было установлено, что GVK Biosciences искажает данные, полученные при проведении электрокардиограмм участников испытания ряда дженериков. Эти манипуляции имели место, по крайней мере, в течение пяти лет. Систематические нарушения, длительный период времени, в течение которого они допускались, и большое количество сотрудников, вовлеченных в проведение сомнительных клинических испытаний, поставили под сомнение достоверность полученных ими данных», — говорится в пресс-релизе EMA.

Получив отчет о проверке индийской компании, EMA рекомендовало странам ЕС прекратить продажу дженериков, в отношении которых возникли сомнения. Тогда совету последовало большое количество стран, в том числе Франция, Германия, Бельгия и Люксембург.

После повторной проверки, проведенной CHMP, агентство сохранило рекомендации в отношении 700 из тысячи ранее рассмотренных препаратов. В отношении еще 300 лекарств ведомству были предоставлены дополнительные данные клинических испытаний, проведенных в других компаниях. Из-за запрета на продажу препаратов пострадали несколько крупных фармкомпаний: Teva, Mylan, индийская Ranbaxy и французская Sanofi.

Источник: Вадемукум

На рак впервые потратили \$100 млрд

Международные расходы на противораковые препараты в 2014 году выросли на 10,3% и впервые в истории достигли \$100 млрд, свидетельствуют данные Института информации в области здравоохранения IMS Health (США). При этом фармацевтическая отрасль готовит к выводу на рынок новое поколение средств, которые будут стоить еще больше. С одной стороны, новые препараты подстегнут доходы фармкомпаний после десятилетия сдержанного роста. С другой — далеко не все системы здравоохранения, расходы которых и так велики, смогут позволить себе подобные затраты.

По данным IMS, за последние пять лет расходы на лекарства от рака росли в среднем на 6,5% в год. В 2015—2018 годах подъем составит еще 6—8% в год.

Основным потребителем на рынке противоопухолевых препаратов в 2014 году были США (42,2% от общего объема), опередившие Европу более чем вдвое. Однако доля таких препаратов в совокупных расходах на лекарства в Европе выше, чем в США — 14,7% против 11,3%. В последние пять лет эта доля увеличивалась во всех регионах мира.

По средним затратам на душу населения также лидируют США — \$99 в 2014 году против \$71 в 2010 году, тогда как наибольший прирост (67%, до более чем \$40 на человека в год) зафиксирован в Великобритании.

По оценкам ООН, число людей старше 65 лет на планете утроится за период с 2010 по 2050 годы и достигнет 1,5 млрд. При этом Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ожидает, что рост численности пожилых людей повысит частоту возникновения рака на 70% в следующие 20 лет.

Источник: Financial Times

Начало на стр. 5 ↗

нас сейчас: заболеваемость и смертность была высокая. Они провели программу по профилактике, здоровому питанию и образу жизни по стране. Сейчас смертность у них одна из самых низких в мире. В Америке также были проведены программы по оздоровлению. Смертность и здесь одна из низких, несмотря на то, что 30% населения имеет избыточную массу тела. Если не заниматься профилактикой атеросклероза, то частота инсультов останется на прежнем уровне. Поэтому диспансеризация имеет значение для выявления и воздействия на факторы риска.

Вопрос: Почему сокращают терапевтические койки?

Ответ: В век специализированной медицины количество коек, на которых оказывается медицинская помощь значительно больше.

Вопрос: Какая цель объединения поликлиник?

Ответ: Существует несколько моментов. Во-первых, во многих поликлиниках штаты не укомплектованы, дефицит врачебных кадров. Во-вторых, невозможно насытить все поликлиники оборудованием — КТ и МРТ. В связи с этим стали концентрировать высокоинформационные методики в этих Центрах 2 уровня. Первый уровень — это филиалы Центров, где не очень высокая возможность обследования пациентов. Не зря мы говорим о том, что 60% пациентов должно лечиться в поликлиниках, а не в стационарах. Пересмотр данных позиций лег в основу стратегии объединения. Кроме того, укрупнение лечебных учреждений несет сокращение расходов.

Академик А.И. Воробьев: Это наш важнейший доклад, который отражает динамику заболеваемости города. Трудно заключать, но главное то, что мужики стали жить 71 год! А было 60 с чем-то. А это уже кое-что, потому что во главе не Владимир Петрович стоит. Я не уверен, что его очень спрашивали, когда объединяли стационар Короленко и Остроумовскую больницу. Это, конечно, от великого ума и тут комментарии не дорого стоят. Экономия на хозяйственных расходах — это все такая тавтология! Но на общем фоне мне об этом даже говорить неудобно. Все-таки движение есть. Второе — профилактика. Это направление советского здравоохранения начиналась тогда, когда основная смертность была от инфекций, туберкулеза. Здесь это логично. Но если мы с тупостью употребляем понятие «сердечно-сосудистые заболевания», то о чем с нами разговаривать. Ну какие такие болезни! Гипертония — я еще понимаю, но коронарная патология, ревматоидный артрит! Это другое! Как можно все это объединять. Но там наверху им виднее, поэтому они творят, что хотят. Я не могу это пережить. Я об этом писал. Раз поднялась рука на Академию наук, ребята, мне с вами разговаривать не о чем (*громкие аплодисменты*). И в этих условиях тех успехов, которых добивается Владимир Петрович, это, конечно, замечательно. А вот о профилактике... я только напомню маленькую деталь. Вы знаете, что самая большая продолжительность жизни была достигнута в Японии, а там — у хикакуси (те, кто перенес атомную бомбардировку). Они жили дольше всех. Почему? Профилактика, а точнее диспансеризация. Это серьезный вопрос и им нужно заниматься на очень высоком уровне. Это — не игрушка. Но когда мы всю коронарную патологию смещаем в дислипидемии и больше ничего не видим — то о чем говорить?

3. Е.А. Павловская, профессор М.И. Кечкер (Чикаго), профессор А.Г. Автандилов (РМАПО, кафедра терапии и подростковой медицины, Москва)

Варианты лечения персистирующей формы фибрилляции предсердий триметазидином и амиодароном

Профессор Кечкер М.И.: Фибрилляция предсердий (ФП) — частое осложнение, чаще у лиц пожилого возраста, осложняется тромбозом. Пароксизмальная форма ФП чревата переходом в постоянную форму с развитием

сердечной недостаточности. Антиаритмическая терапия оказывается не совсем состоятельной. Такие антиаритмики, как амиодарон справляются с ритмом, но могут оказывать аритмогенные сайт-эффекты — развитие частой желудочковой экстрасистолии или желудочковой тахикардии с переходом в фибрилляцию. Поэтому необходимо искать способ минимизации этих сайт-эффектов. Нужно найти оптимальные дозы этих препаратов, которые купировали бы и предотвращали пароксизмы, но не давали осложнений, в частности — аритмогенных. Были обследованы 250 человек с предсердными и желудочковыми экстрасистолами. Всем проведено холтеровское мониторирование и увеличены дозы антиаритмических препаратов. Через неделю — повторное холтеровское мониторирование, а затем разделили на 2 группы: 1-я группа пациентов продолжала принимать антиаритмические препараты, 2-я — антиаритмический препарат в сочетании с триметазидином. На фоне триметазидина желудочковые, предсердные групповые и парные предсердные экстрасистолы, которые являются предшественниками пароксизмов, значительно уменьшились, а в некоторых случаях исчезли совсем, уменьшились наджелудочковые экстрасистолии и парные желудочковые, т.е. экстрасистолии высокой градации. Клинически у всех больных на фоне приема триметазидина исчез болевой синдром, на ЭКГ динамика сегмента ST была положительной.

Мы решили, что и на возникновение пароксизмальной формы ФП триметазидин может оказывать положительное влияние, уменьшать количество экстрасистол высокой градаций.

Профессор Автандилов А.Г.: Мерцательная аритмия является самым распространенным нарушением ритма и с возрастом частота ее увеличивается. Она, в частности, связана с ишемией миокарда.

Мы сравнили не только частоту нарушений ритма, зависимость ФП от приема триметазидина и взаимодействие его с амиодароном, но и посмотрели интервал Q-T. В исследовании было включено 50 человек, всем проводилось ЭКГ, холтеровское мониторирование, Эхо-КГ, С-реактивный белок, концевой пептид натрийуретического гормона. В 1-й группе с нечастыми приступами ФП они проходили самостоятельно или после приема небольшие дозы антиаритмиков, во 2-й группе ФП более устойчива. 1-я группа исследуемых принимала только триметазидин по стандартной схеме в течение 8 недель. 2-я группа пациентов начинала терапию с амиодарона. На 7-й день к амиодарону был присоединен триметазидин. После 8 недель терапии был проведен контроль. В 1-й группе произошло уменьшение предсердных и желудочковых экстрасистол. Пароксизмы фибрилляции были крайне редки, имели непродолжительный характер и фиксировались только субъективно. Во 2-й группе комбинированная терапия амиодароном и триметазидином также привела к значительному снижению частоты пароксизмов мерцательной аритмии, предсердных, желудочковых экстрасистол высокой градации. Было отмечено, что диаметр правого предсердия, увеличение которого является предиктором нарушения ритма, значительно уменьшился в обеих группах, но достоверно больше во 2-й группе исследуемых пациентов. Второй результат — увеличение фракции выброса во 2-й группе. Но амиодарон удлиняет диастолическое расслабление. А чем больше диастола, тем лучше процессы восстановления энергии в миокарде. Как в 1-й, так и во 2-й группе значительно снизилось давление в легочной артерии, увеличения фракции выброса, уменьшения нарушений ритма отмечалось снижение натрийуретического пептида до нормы. Во 2-й группе с исходно более тяжелым клиническим состоянием результаты были значительно лучше. В 1-й группе пациентов увеличения Q-T интервала не наблюдалось, во 2-й группе наблюдалось некоторое уменьшение продолжительности интервала Q-T.

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ 12 февраля 2014 года

Председатель: профессор П.А. Воробьев

Секретарь: В.И. Рамеева

1. Академик В.С. Моисеев, профессор Г.К. Киякбаев, доцент И.В. Гармаш, А.С. Гончаров (РУДН)

Алкогольное поражение сердца и печени с сочетанным развитием сердечной недостаточности и цирроза печени: клинические, патогенетические и деонтологические аспекты

Е.М. Тареев говорил, что если человек знает одну печень, то можно сказать, что он и печень, скорее всего, не знает. Почти 1/3 стационарных больных, каждый 5-й амбулаторный больной и более 40% больных с патологией психики злоупотребляют алкоголем. Алкогольная патология включает поражения печени, ЖКТ, мозга, поджелудочной железы, нервной системы, сердца и т.д. Если больной выпивает чистого алкоголя более 150—200 мл, при наличии соответствующей патологии, можно ставить диагноз алкогольного поражения. Во многих отечественных произведениях описываются случаи длительного злоупотребления алкоголем при сохранении хорошего здоровья, например в «Москва—Петушки» Ерофеева все залито водкой и спиртом.

Алкогольная висцеропатия не всегда сопровождается проявлениями интеллектуальной деградации и социальной

дезадаптации. Единственный путь для дальнейшего лечения и профилактики — снижение потребления алкоголя. Пациент, 58 лет, поступил в стационар с одышкой, отеками, мерцательной аритмией и дилатацией камер сердца, с умеренным повышением трансаминаз. Во время опроса подтвердил злоупотребление алкоголем. Диагноз: ИБС, мерцательная аритмия. Терапия дигоксином, лазиксом, выписан со значительным улучшением. Через год снова госпитализируется с явлениями тяжелого поражения печени с гепатомегалией, энцефалопатией, желтухой и асцитом, значительным повышением ГГТ, изменением протромбинового индекса, снижением альбуминов. На фоне терапии и воздержания от приема алкоголя в течение 3—4 недель состояние существенно улучшилось. Для таких пациентов характерна вариабельность симптомов, то есть в одно обострение — это тяжелый сердечный больной, а в следующее — это печеночный больной.

Формы алкогольной болезни сердца были описаны в клинике Е.М. Тареева в 1977 г.: ишемическая болезнь с кардиалгиями и изменениями реполяризации, пароксизмы мерцательной аритмии, так называемое «праздничное сердце», дилатационная кардиомиопатия, острый эндокардит, инфекционный миокардит с менингитом при алкогольном циррозе печени. Около 20—30% АГ связывают с употреблением алкоголя.

Значительно увеличилась частота внезапной аритмогенной смерти у лиц 50 лет, не имеющих признаков сердечной недостаточности и болезни сердца, но злоупотребляющих алкоголем. При добавлении к алкоголю кобальта развива-

Продолжение на стр. 7 ↗

Начало на стр. 6 ↻

ется кардиотоксический эффект: в Канаде кобальт добавляли в пиво для лучшего пенообразования, что вызвало эпидемию дилатационной кардиомиопатии. Мышьяк, добавляемый к алкоголю, вызывает тяжелые поражения сердца.

В качестве ко-факторов рассматриваются кардиотропные вирусы, медь, железо. Маркеры вирусов гепатита В и С встречаются одинаково часто у больных с алкогольным циррозом печени и алкоголизмом без цирроза. В развитии дилатационных кардиомиопатий вирусам передается наибольшее значение, хотя доказательств нет. Включения геномов вирусов герпеса, Эпштейн-Барр, парвовируса, обнаруживаются в миокарде. В Европе доминируют парвовирусы В12, В19, герпес, Коксаки и энтеровирусы. В Северной Америке доминируют аденовирусы, в Японии — гепатита С.

Включение вирусов имеет место и в контроле: во время хирургических вмешательств их находят в таком же проценте случаев, что и при кардиомиопатиях.

Изучались поражение печени и генетический полиморфизм генов алкогольдегидрогеназы, ацетальдегидрогеназы. Алкогольный цирроз и аллель алкогольдегидрогеназы 2,2 в популяции, злоупотребляющих алкоголем: при циррозе их значительно больше, но это всего 16%. Юджин Браунвальд написал, что DD аллель гена ангиотензинпревращающего фермента имеет такое же значение, как гипертония, диабет у больных в качестве факторов риска ИБС. Аллельный полиморфизм может быть имеет некоторое значение в оценке некоторых эффектов терапии, особенно антикоагулянтной терапии и применительно к аллелям некоторых ферментов, участвующих в свертывании крови.

У больных, которых наблюдают наркологи, патологии сердца практически не бывает. Дилатационная кардиомиопатия бывает у больных без алкогольного анамнеза. При алкогольном и дилатационном поражении сердца одни и те же симптомы, диагноз должен ставиться после изучения анамнеза. Об алкоголизме можно судить по косвенным признакам: повышение ГГТП, макроцитоз, повышение трансферрина, понижение массы тела, связанное с нарушением всасывания, или повышение массы тела, связанное с метаболическими нарушениями.

Поражения сердца у пациентов с циррозами без кардиомиопатий: легочная гипертония, гипертрофия левого желудочка, диастолическая дисфункция.

У больных с алкогольной кардиомиопатией исследовано состояние коронарных артерий. У большей половины больных отсутствовал значимый коронарный атеросклероз, у трети — стеноз в пределах 75%, только у 2 пациентов пожилого возраста было выражено поражение. Повышение интерлейкинов, связанных с воспалением, более выражено у больных с сердечной недостаточностью, связанной с алкогольным поражением сердца. У этих же больных исследовался клеточный иммунитет, и было доказано некоторое увеличение Т-хелперов, изменено отношение Т-хелперов к Т-супрессорам при снижении количества Т-киллеров. Значение этих сдвигов остается неясным, судить о том, что это свидетельствует о преобладании воспалительных изменений, при алкогольном поражении сердца, не стоит.

Ультразвуковым датчиком оценивают скорость распространения волн через ткань печени. При сравнении с биопсией показано, что этот метод имеет значение для диагностики. Индекс фиброза печени у здоровых людей ниже 5, выше 5 — это развитие фиброза печени.

У больных с циррозом и без него была отмечена большая выраженность гипертрофии, повышения давления в легочной артерии, изменения диастолической фазы и изменения цитокинового профиля со значительным повышением интерлейкина-8, релепторов к ФНО и более отчетливое повышение NT-proBNP. Активное лечение больные практически не получали.

Возможно сочетание поражения миокарда различной природы с алкогольной болезнью сердца. Однако существует и благоприятная роль алкоголя. Например, в Средиземноморье низкую сердечно-сосудистую заболеваемость связывают с регулярным употреблением алкоголя, а также особенностями питания и образа жизни. Причем интересно, что это имеет место не только во Франции, Италии и Испании, но и в Албании, например, где совсем другие условия жизни. Эта небольшая доза, около 30 мл чистого алкоголя, чаще всего вина, оказывает благоприятное влияние на липидный обмен. Из красного вина выделили вещество, которое, возможно, оказывает антиатеросклеротический эффект.

Еще один вариант использования алкоголя, это введение алкоголя при коронарографии у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией в область обструкции пути оттока из левого желудочка для некроза участка, его рассасывания и удаления. Это лечение вызывало в начале негативную реакцию, связанную с этическими соображениями, так как мы создаем таким путем локальный инфаркт миокарда. С учетом электрической нестабильности и возможности аритмий этот метод вызывает сомнения. На сегодняшний день от 1 до 2% таких больных умирает после этого вмешательства.

2. К.м.н. А.А. Коньшева, доцент Т.Н. Лопаткина, д.м.н. Л.А. Стрижаков, профессор С.В. Моисеев (клиника им. Е.М. Тареева и кафедра внутренних, профессиональных болезней и пульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова)

Поражение сердца при хроническом гепатите и циррозе печени вирусной (НСV) этиологии

Ежегодно в мире умирают 350 тыс. человек от связанных с гепатитом С болезней. Носителями хронической С инфекции может быть о 130 до 210 млн человек, до 3% население

планеты может быть инфицировано вирусом гепатита С. В России около 2 млн. человек могут быть заражены этим вирусом. Эксперты ВОЗ прогнозируют, что в ближайшие 10—20 лет хронический гепатит С станет основной проблемой здравоохранения во всем мире. Ожидается прирост больных циррозом печени до 60%, гепатоцеллюлярной карциномой до 68%. Смертность от заболеваний печени может вырасти в 2 раза.

Хронический гепатит С может иметь внепеченочные проявления: артралгии, криоглобулинемический васкулит с поражением кожи, почек, поражения сердца.

Впервые упомянул о патологии сердца при заболеваниях печени С.П. Боткин в 1888 г. При циррозе печени в исходе хронического гепатита С возможно развитие цирротической кардиомиопатии. Поражение сердца при циррозе печени может длительное время оставаться бессимптомным. Иногда оно проявляется только после трансплантации печени: ХСН после трансплантации наблюдается в 15% случаев и занимает 3-е место среди причин летальных исходов.

В нашей клинике было проведено исследование у 161 больного: 79 — основная группа больных циррозом печени, 82 — группа сравнения, больные гепатитом С. При анализе ЭКГ выявлены статистически значимые удлинения интервала QT у больных с циррозом печени по сравнению с гепатитом. Длительность интервала QT не превышала 500 мсек, что может быть ассоциировано с развитием полиморфной желудочковой тахикардии по типу «пируэт». На Эхо-КГ различий размеров камер сердца и фракции выброса ЛЖ при гепатите и циррозе не получено, но у больных циррозом печени увеличивается толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, а также ухудшается диастолическая функция миокарда; фракция выброса ЛЖ в пределах нормы.

В 1985 г. при изучении 108 аутопсий пациентов циррозом печени, не страдавших АГ, ИБС или пороками сердца, отмечена гипертрофия миокарда с частотой при гепатите составляет 5%, а при декомпенсированном циррозе — 34%.

Примерно у 1/2 больных хроническим гепатитом С с длительностью заболевания более 15 лет выявляется криоглобулинемия 2-го типа. В патогенезе HCV-ассоциированной криоглобулинемии решающее значение имеет активация пролиферации В-лимфоцитов с повышенной продукцией широкого спектра антител и образованием иммунных комплексов. Криоглобулинемический васкулит проявляется поражениями кожи, суставов, периферической нервной системы и «сухим синдромом». Криоглобулинемический васкулит относится к системным заболеваниям с поражением мелких сосудов.

При исследовании больных системными васкулитами (артериит Такаясу, узелковый полиартериит, синдром Черджа-Строс и гранулематоз Вегенера) сердечно-сосудистые осложнения были выявлены более чем у 15% наших больных. Сердце часто вовлекается у больных узелковым полиартериитом, редко, — при гранулематозе Вегенера.

В 1980 г. было описано 40 больных криоваскулитом, у 70% которых были явные признаки заболевания печени. У 2 больных были выявлены признаки перикардита, у 2 — инфаркта миокарда и у 3 — сильные загрудинные боли. В 2 из 9 посмертных описаний были обнаружены признаки коронарного васкулита.

По данным вирусологического исследования, 31 биопсия миокарда у больных миокардитом и дилатационной кардиомиопатией РНК энтеровируса была выявлена в тканях миокарда только у 1 больного, в то время как у 6 больных была обнаружена РНК гепатита С. У больных гипертрофической кардиомиопатией в 7 из 16 биопсий миокарда также была обнаружена HCV-РНК.

В настоящее время обсуждаются различные возможные патогенетические механизмы поражения миокарда при хронической HCV-инфекции. Предполагается, что со-антиген вируса гепатита С может оказывать прямое повреждающее действие на кардиомиоциты за счет сенсибилизации к ФНО-опосредованному апоптозу. Возможно опосредованное влияние вируса гепатита С на миокард за счет активации Т и В-лимфоцитов, а также макрофагов.

Была изучена частота HCV-инфекции у больных при наличии стеноза в коронарных сосудах, подтвержденных при ангиографии. Инфицирование гепатитом-С встречается в 3 раза чаще у больных ИБС по сравнению с больными кардиальной патологией без коронарного стеноза. При многофакторном анализе было показано, что инфицирование гепатитом С является независимым фактором риска ИБС. В других исследованиях показана связь HCV-инфекции и атеросклероза сонных артерий.

В 2009 г. опубликованы широкомасштабные исследования, включавшие более 82 тыс. больных с хронической HCV-инфекцией и почти 90 тыс. неинфицированных людей. Показан высокий риск ИБС с поправкой на традиционные факторы риска в группе с HCV-инфекцией. Следует отметить, что HCV-инфицированные больные были моложе, чем контрольная группа, реже демонстрировали гиперлипидемию, имели низкую частоту АГ и СД, однако чаще употребляли алкоголь и наркотики.

Обнаружение HCV-антител в сыворотке крови доноров крови значимо ухудшает выживаемость. Смертность HCV-инфицированных доноров была более чем в 3 раза выше по сравнению со здоровыми донорами.

Токсичность интерферона зависит от возраста больного, дозы и типа интерферона, но в большей степени от наличия поражения сердца до начала терапии. В случае ухудшения сердечной функции рекомендуется прекратить противовирусную терапию.

Продолжение на стр. 8 ↻

ИнтерНьюс

Ветрянка в России «взрослеет»

Роспотребнадзор сообщает о «взрослении» инфекции ветряной оспы. Так, в прошлом году ветрянкой переболели более 57 тыс. россиян старше 18 лет, это 6% всех зарегистрированных случаев заболевания. В Федеральной службе отмечают, что взрослые стали чаще заражаться этой, как принято считать, детской болезнью. Регистрируются даже эпидемические вспышки в коллективах взрослых людей. При этом по-прежнему больше половины (56%) болеющих ветрянкой — это дети 3—6 лет. В целом на детей дошкольного возраста приходится 71,2% случаев заболевания.

В последние три года в России наблюдается очередной подъем, так, в 2014 году было всего более 936 тысяч случаев ветряной оспы. Только в отдельных регионах (в том числе в Москве и Свердловской области) заболеваемость удалось снизить благодаря введению бесплатных прививок от ветряной оспы.

Источник: Доктор Питер

Порядок трансплантации костного мозга вынесен на общественное обсуждение

Министерство здравоохранения разработало Порядок оказания медицинской помощи по трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток. В настоящее время документ проходит общественное обсуждение, сообщает пресс-служба ведомства.

Новый порядок впервые регламентирует маршрутизацию пациентов, нуждающихся в данном виде трансплантации, определяет виды, условия и формы оказания медицинской помощи по соответствующему профилю. В проекте приказа также содержатся правила организации деятельности отделения трансплантации костного мозга и профильного дневного стационара. Предусмотрено, что информация о пациенте, нуждающемся в трансплантации, вносится в специальный лист ожидания, контроль за ведением которого возлагается на руководителя медицинской организации.

Документом регламентируется проведение иммунологических, молекулярно-генетических и иных обследований, которые должны проходить доноры костного мозга и гемопоэтических клеток для определения пары донор-реципиент.

На сегодняшний день трансплантация костного мозга является наиболее дорогостоящим и сложным видом высокотехнологичной медицинской помощи: стоимость одной такой операции по Программе государственных гарантий на 2015—2017 гг. оценивается в 2 млн рублей. По данным Минздрава, в последние годы в России отмечается последовательный рост операций по трансплантации костного мозга. В 2013 году их было проведено 955, в 2014 — 1119, плановый объем на 2015 год составляет 1651 операцию.

Средний срок ожидания высокотехнологичной медицинской помощи за последние годы существенно сократился, подчеркивается в сообщении. Сейчас он составляет 21 день для взрослых и 14 дней для детей, тогда как в 2009 году — 93 дня у обеих групп.

Источник: Ремедиум

Соль признали фактором риска ожирения

Избыток соли в рационе оказался опаснее лишних калорий. Причиной ожирения может быть не избыточное количество калорий, потребляемых с пищей, а соль. Как установили британские исследователи, каждый лишний грамм соли, поступающий в организм ежедневно, повышает риск ожирения более чем на 20%, сообщает The Daily Mail.

Свои выводы ученые сделали на основании анализа данных, касающихся более чем 450 детей и 780 взрослых, принимавших участие в британском общенациональном опросе о диете и питании. Как оказалось, участники опроса, страдавшие от лишнего веса или ожирения, в сравнении с людьми с нормальным весом, в течение дня потребляли больше не калорий, а соли. Биологический механизм, лежащий в основе этого феномена, пока не ясен.

Соль впервые рассматривается как фактор риска ожирения. Ранее было установлено, что избыточное потребление соли ведет к гипертонии и сердечно-сосудистым заболеваниям. Всемирная организация здравоохранения рекомендует взрослым не превышать порог в 5 граммов соли в день.

Источник: «Здоровье» mail.ru

ИнтерНьюс

ВИЧ не вызывает СПИД напрямую

Исследователи из Гладстонского института вирусологии и иммунологии (Gladstone Institute of Virology and Immunology) обнаружили, что ВИЧ не вызывает СПИД своим непосредственным действием на иммунные клетки носителя. Это происходит путем воздействия самих клеток друг на друга.

Вирус может распространяться в виде свободно циркулирующих частиц, которые инфицируют иммунные клетки носителя, или же инфицированные клетки могут передавать его другим, еще не зараженным. Именно второй механизм — клеточная передача — в 100—1000 раз эффективнее в запуске цепочки реакций, приводящей к гибели иммунных клеток в организме. «Главные «убийцы» CD4-Т-клеток в лимфатических тканях — другие зараженные клетки, а не свободно циркулирующий вирус. И для активации основного механизма клеточной смерти требуется именно межклеточная передача ВИЧ», — говорит соавтор исследования Гилад Дойтш (Gilad Doitsh).

Ранее было обнаружено, что 95% случаев клеточной смерти от ВИЧ вызвано самоуничтожением иммунных клеток путем пироптоза: характерного пути гибели клетки, при котором активируется фермент каспаза-1, приводящий к разрушению клетки и выбросу ее содержимого в межклеточное пространство, а также к синтезу белков, борющихся с воспалением. Пироптоз — описанный несколько лет назад механизм гибели клеток в ходе борьбы с инфекционными агентами. Как стало понятно из описываемого исследования, массовый пироптоз может быть запущен только межклеточной передачей ВИЧ, прямой контакт с инфекционным агентом не дает такого эффекта.

Эта версия была подтверждена в серии экспериментов, модифицирующих вирусную передачу: изменялась ДНК самого вируса; блокировались межклеточные синапсы; увеличивалось расстояние между клетками, чтобы затруднить их контакт. Только прерывание клеточного контакта прекращало смерть лимфоцитов. И только при межклеточной передаче вируса каспаза-1 активировалась и вызывала пироптоз.

Одно из достижений в борьбе с ВИЧ-инфекцией сегодня — это предотвращение вертикальной передачи вируса от матери к ребенку во время беременности.

Источник: «Здоровье» mail.ru

ВОЗ предупредила о высокой вероятности распространения полиомиелита на Украине

Всемирная организация здравоохранения считает весьма вероятным дальнейшее распространение полиомиелита на Украине. Заражение опасной инфекцией двух детей на западе страны стало первой вспышкой полиомиелита на территории Европейского региона с 2010 года.

В заявлении организации подчеркивается, что Украина длительное время находилась в зоне высокого риска по полиомиелиту в связи с провалом кампании по иммунизации населения. В 2014 году прививками против этой инфекции были охвачены только 50% детей (в 2015 году, по данным украинского Минздрава, охват новорожденных вакцинацией составил 14%).

В такой ситуации риск дальнейшего распространения полиомиелита по территории Украины весьма высок. В то же время угроза для граничащих с Украиной государств — Румынии, Польши, Венгрии и Словакии — оценивается ВОЗ как незначительная.

По словам представителя департамента по искоренению полиомиелита ВОЗ Оливера Розенбауэра (Oliver Rosenbauer), наряду с двумя выявленными случаями инфекции в стране имеется значительное число носителей, у которых она протекает бессимптомно. Вирус, скорее всего, проник в систему канализации, так что единственный надежный метод борьбы с ним — это повышение иммунитета населения, подчеркнул Розенбауэр. В настоящее время ВОЗ проводит оценку стоимости масштабных противоэпидемических мероприятий, которые позволили бы локализовать вспышку, добавил он.

Украина получила статус территории, свободной от полиомиелита, в 1996 году. Последней страной Европейского региона ВОЗ, объявленной свободной от полиомиелита, в 1999 году стала Турция.

Последняя в регионе вспышка заболевания, вызванного диким полиовирусом, была зафиксирована в 2010 году. Тогда после крупной вспышки в Таджикистане в России было выявлено 14 случаев полиомиелита — все они были признаны завозными.

Источник: Ремедиум

Начало на стр. 6, 7

У трети больных во время лечения двухкомпонентной терапией пегилированным интерфероном и рибавирином может развиваться снижение гемоглобина менее 100 г/л, а появившиеся новые препараты ингибиторы протеазы, такие как телупревид и боцепревид могут увеличивать эту частоту до 50%.

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ 23 апреля 2014 года

Председатель: академик В.Б. Симоненко

Секретарь: В.И. Рамеева

В.Б. Симоненко: Сегодня заседание посвящено памяти Иосифа Абрамовича Кассирского. Все считают, что он гематолог, но он и кардиолог: лучше его никто не знал и не слушал пороки сердца. Так же он был выдающимся паразитологом. В 1970 г. вышла его книга «О врачевании», где он поставил много этических вопросов, например он говорил: «Техники — да, техницизму — нет». А сейчас врачи слишком надеются на технику и забывают о физикальном обследовании — это называется: горе от ума.

К.м.н. И.И. Воробьева (кафедра кардиологии
ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова)

Индивидуальный подбор антиагрегантной терапии: «за» и «против»

Тромбоциты — ключевое звено в развитии острого коронарного синдрома (ОКС): их активация и формирование агрегатов — главное в патогенезе острого инфаркта миокарда. Антиагрегантная терапия — краеугольный камень в лечении ОКС. В исследовании ISIS-2, (1988 г.), была доказана эффективность аспирина, сопоставимая с эффектом стрептокиназы. При применении аспирина и стрептокиназы риск сердечно-сосудистых событий (ССС) снижался вдвое.

Исследование CURE: риск ССС у пациентов, принимавших вместе аспирин и клопидогрел, снижался на 20% по сравнению с монотерапией аспирином. По европейским и российским рекомендациям, аспирин и блокаторы АДФ-рецепторов тромбоцитов показаны всем больным с острым ИМ.

Однако не все пациенты одинаково чувствительны к действию антиагрегантов. Так, в мета-анализе 2008 г. было показано, что резистентность пациентов к действию аспирина связана с более высоким риском повторных ССС: отношение шансов составляло 3,85. При сохранении высокой агрегации на фоне клопидогрелом был худший прогноз в отношении ССС по сравнению с подавленной агрегацией. В исследовании ADAPT-DES включено почти 8,5 тыс. пациентов после имплантации стентов с лекарственным покрытием. Через год выяснили, что при высокой агрегации на фоне клопидогрела более чем в 2 раза чаще были тромбозы стента по сравнению с пациентами, чувствительными к клопидогрелу.

С учетом этого, необходимо измерять агрегацию тромбоцитов всем пациентам, получающим дезагрегантную терапию. Однако в действующих рекомендациях по определению функции тромбоцитов написано, что подбор терапии может проводиться только в рамках исследования и не имеет доказательной базы по своей эффективности. Рутинное определение функции тромбоцитов пациентам, принимающим клопидогрел после чрескожного коронарного вмешательства, не рекомендовано.

Одним из механизмов развития резистентности к терапии клопидогрелом является полиморфизм гена цитохрома CYP2C19. У пациентов с ОКС у гетерозигот с носительством аллельного варианта CYP2C19*2 отмечалась повышенная агрегация тромбоцитов, по сравнению с пациентами с нормальным генотипом.

Блокаторы АДФ-рецепторов тромбоцитов — пероральные формы прасугрел и тикагрелор, препарат для внутривенного введения кангрелор. Тикагрелор непосредственно действует на P2Y12-рецепторы тромбоцитов.

Эффективность тикагрелора доказана в исследовании PLATO: у более 18 тыс. больных с ОКС оценивался прогноз. Риск ССС был значимо выше у пациентов, принимавших клопидогрел, риск больших кровотечений не различался. Прасугрел исследовали в TRITON-TIMI 38. Среди пациентов с ОКС риск ССС был значимо выше у больных, принимавших клопидогрел, по сравнению с принимавшими прасугрел. Однако в группе прасугрела отмечалось значимое увеличение риска больших кровотечений.

Имеется несколько рандомизированных клинических исследований по подбору антиагрегантной терапии по результатам анализа функции тромбоцитов. В GRAVITAS приняли участие более 2 тыс. больных со стабильной стенокардией и ОКС без подъема сегмента ST после проведенного чрескожного коронарного вмешательства с имплантацией стентов с лекарственным покрытием. Пациенты с подавленной агрегацией тромбоцитов в дальнейшем получали терапию клопидогрелом в стандартной дозе 75 мг в сутки. Резистентные к действию клопидогрела пациенты делились на 2 подгруппы: стандартной терапии и терапии клопидогрелом в дозе 150 мг в сутки. Оказалось, что по риску ССС

Подводя итоги, поражение сердца при вирусных заболеваниях печени остается изученным не полностью.

Комментарий В.С. Моисеева: Ощущение такое, что когда имеется тяжелое поражение печени, то большого поражения сердца чаще всего нет. Поражение печени у больных с тяжелым поражением сердца не играет высоко значимой роли. Разные патогенетические факторы продолжают изучаться, точку в этом вопросе ставит рано.

группы стандартной терапии и высокой дозами клопидогреля статистически не различались.

В другое исследование ARCTIC было включено около 2,5 тыс. больных, которым проводилось плановое чрескожное коронарное вмешательство. Были выделены 2 группы: стандартной терапии и мониторинга. В группе мониторинга дважды проводился анализ функции тромбоцитов: перед ангиопластикой и через 2 недели в случае выявленной при первом измерении высокой агрегации тромбоцитов. На усмотрение лечащего врача проводился либо подбор дозы назначенного антиагреганта, либо замена препарата. Через год группы стандартной терапии и мониторинга не различались по риску ССС.

В дизайне исследований можно обнаружить несколько «подводных камней». В GRAVITAS антиагрегантная терапия менялась только 1 раз. При этом увеличение дозы клопидогрела более чем у 1/2 больных оказывалось эффективным. В ARCTIC в исследуемой группе у 34,5% больных на фоне клопидогрела выявлена высокая агрегация, и только у 1% пациентов проводилась замена клопидогрела на прасугрел. При повторном измерении у 15% больных из группы мониторинга оставалась высокая агрегация тромбоцитов. В обоих исследованиях оптимальный эффект антиагрегантной терапии не был достигнут.

В исследовании Bonello L. (2008 г.) проводился подбор нагрузочной дозы клопидогрела до чрескожного коронарного вмешательства. Были отобраны резистентные к клопидогрелу пациенты. При повышенной агрегации повторно назначалась нагрузочная доза клопидогрела до тех пор, пока агрегация тромбоцитов не будет адекватно подавлена. После 4 нагрузочных доз клопидогрела у большинства исходно резистентных больных отмечалось снижение агрегации тромбоцитов. При клиническом наблюдении оказалось, что риск ССС у пациентов из группы мониторинга был ниже, чем в контрольной группе.

В последнее время стали появляться работы, свидетельствующие о существовании феномена резистентности к действию новых антиагрегантов. В небольшом исследовании оценивался эффект нагрузочной дозы тикагрелора и прасугреля у больных с острым ИМ с подъемом сегмента ST: от 40 до 60% больных через 2 ч после приема нагрузочной дозы антиагреганта демонстрировали повышенную агрегацию тромбоцитов. В группе лечения тикагрелором у 3% пациентов агрегация тромбоцитов оставалась высокой даже через 12 ч.

В нашей работе мы оценивали агрегацию тромбоцитов у 122 больных с ОКС и сопоставляли с маркерами системного воспаления: при высоком уровне различных маркеров системного воспаления (числа лейкоцитов крови, уровня sP-селектина, фактора Виллебранда) отмечалась повышенная реактивность тромбоцитов. Имеется связь высокой АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов с риском повторного ИМ. В группе принимавших аторвастатин в дозе 20 мг сохранялась значимое влияние высокой реактивности тромбоцитов на прогноз, в то время как на фоне аторвастатина 80 мг данная связь теряла статистическую значимость.

Итак: резистентность к антиагрегантной терапии ухудшает прогноз больных с ОКС, результаты рандомизированных клинических исследований не показали преимуществ индивидуального подбора антиагрегантной терапии, однако их дизайн не был оптимален, обнаружена взаимосвязь между эффектом дезагрегантов и системным воспалением.

Вопрос: А что делают статины?

Ответ: Статины уменьшают не только уровень холестерина, но и снижают уровни маркеров системного воспаления, в частности С-реактивного белка. Точный механизм этого влияния еще не изучен.

В.Б. Симоненко: И клопидогрел, и тиклопидин относятся к группе тиапиридинов. Почему в сторону ушел тиклопидин? Просто упаковка тиклида стоит 350 руб., а упаковка клопидогрела — 1500 руб., так почему ушел более дешевый тиклид?

Ответ: Тиклопидин участвовал во многих исследованиях, где была доказана его эффективность. Были данные о том, что в небольшом проценте случаев он может вызывать лейкопению из-за чего перекос произошел в сторону клопидогрела. В настоящее время все клиники в основном пользуются клопидогрелем, боясь, видимо, этого побочного действия тиклопидина.

В.Б. Симоненко: Мне объясняли: были стенты металлические — тиклид помогал, а стали они с лекарственным покрытием — он уже не помогает, якобы потому что не проводилось рандомизированных исследований.

Фиксированное выступление в прениях: профессор С.А. Васильев.

Иосиф Абрамович Кассирский — создатель школы гематологии. Он стоял у истоков коагулологии. Я не могу не

Продолжение на стр. 8

Начало на стр. 8

сказать о моем учителе, Андрее Ивановиче Воробьеве, у которого огромное видение коагулологии и такие направления, как коагулологические нарушения при сепсисе, острая массивная кровопотеря, разработка классификации ДВС. Первичный гемостаз — это взаимодействие поврежденного сосуда с тромбоцитом за счет фактора Виллебранда в артериальной крови, при небольших скоростях это коллаген, фибронектин. Агрегация осуществляется через фибриноген. Тромбоциты имеют вид дискоидных клеток (90—92%) и превращаются в активированные формы, в сферы, протромбоциты — неактивные клетки, и ретикулотромбоциты или макротромбоциты (0—1%). В норме ретикулотромбоцитов практически нет, но при воспалении их число увеличивается до 4—5%. Они являются агрессивными клетками. В структуре гиперкоагуляции повышение агрегации тромбоцитов, синдром «липких» тромбоцитов имеют большое значение.

Современные проблемы заключаются в том, что нарушения в сторону активации тромбоцитов носят неоднозначный характер. Аспирин блокирует ЦОГ-1, блокирует образование тромбосана А2. Клопидогрел, его метаболиты инактивируют АТФ-рецепторы. Тикагрелор напрямую блокирует АТФ-рецепторы. Аспирин производится 38-ю фирмами, при этом только 19 вызывают дезагрегацию тромбоцитов, другая половина никак не работает. Зарегистрировано 10 препаратов «клопидогрел». При отсутствии исследования на агрегацию существует возможность того, что препарат не активен, и мы даем плацебо. Считается, что клопидогрел работает на 30%, поэтому используют комбинации препаратов. Но эффективность аспирина всего 2%, важно использовать препарат «правильной» фирмы.

Вопрос: Как вы объясните, что аспирины действуют по-разному?

Ответ: Формулы рисуют одинаковые, но может там одна палочка не такая и тогда эффекта от этого препарата не будет.

Вопрос: Если подтверждается резистентность клопидогрела, какое решение? Отказ от препарата, изменить дозы или комбинации препаратов?

Ответ: Если не видно эффективности препарата, то сейчас появился новый препарат — тикагрелор. Его назначают вместе с аспирином.

Вопрос: Допустимо ли пациенту, у которого аспирин работает, для профилактики назначение и прием аспирина через день с целью уменьшения побочных эффектов (75 мг)?

Ответ: В основном он показан для вторичной профилактики, то есть после свершившегося сердечно-сосудистого события, каждый день 75—100 мг, если это стабильный пациент. Если нестабильный — доза должна быть увеличена.

Вопрос: Где та грань между антиагрегантами и антикоагулянтами? Где еще можно назначать аспирин, а где уже нужен варфарин?

Ответ: В настоящее время антиагреганты применяются при артериальном тромбозе, ИМ, ишемическом инсульте. Антикоагулянты применяются в отношении венозных тромбозов или тромбозов полостей: при тромбозе аневризмы ушка левого желудочка, при мерцательной аритмии. При ОКС необходима и антиагрегантная, и антикоагулянтная терапия, но антикоагулянтная терапия назначается до недели, при проведении ангиопластики ее отменяют после операции. Также в острый период назначается тройная

терапия: аспирин, клопидогрел, варфарин. Сроки индивидуальны в зависимости от типа стента.

Вопрос: Провели коронарографию, стентирование, перед этим давали достаточную дозу клопидогрела (по 6 табл.), потом в течение какого времени рекомендуете применение?

Ответ: Продолжительность зависит от типа стента и риска кровотечения у данного больного. Больным, которые перенесли ИМ, рекомендуется клопидогрел в течение года в сочетании с аспирином. При высоком риске кровотечения, то до 1 месяца, если стент без лекарственного покрытия, следовательно, риск позднего тромбоза стента снижен, можно принимать до 3 месяцев.

Комментарий В.Б. Яковлева: Сегодня доказана необходимость применения антиагрегантов при артериальном тромбозе, при ИМ применение пожизненное, при ТЭЛА назначают антикоагулянты. Если не принимать антиагреганты, то смертность на 25% будет выше. Идут исследования по поводу того, кому можно давать, кому нельзя. Например, аспирин вызывает у 3% людей желудочные кровотечения, большинство которых протекает без симптоматики. Поэтому, испытывая новый препарат, необходимо проверить желудок. Можно увидеть язвы желудка диаметром до 4 см без клиники. Достижения в области свертывания крови самые высокие в мировой медицине: все факторы знаем, геновая инженерия в пробирке создает любой фактор, но все равно 25 миллионов людей каждый год умирает.

Комментарий П.А. Воробьева: Тиклид был фирмой закрыт, потому что он дешевый, и фирма придумала плавикс. Мы с Зиновием Соломоновичем Баркаганом выяснили, что тиклид вызывает агранулоцитоз 1 : 100000 приемов, а плавикс чуть меньше, но нет прямых доказательств этому различию. Поэтому закрытие тиклида — это чисто маркетинговое мероприятие, на которое мы «купились». Мы постоянно «покупаемся» на слово «доказательная медицина». С одной стороны, конечно, доказывать надо, но вот есть большое исследование, в дизайне которого немного наврало, и все уже по-другому. Но Вам это уже дадут в виде рекомендаций и скажут, что это консенсус специалистов. Мы проводили сравнения аспирина, тиклида, плавикса сами. Лучше аспирина и тиклида плавикс не работает. Надо ли проводить агрегацию? Всем подряд может это и не получиться — это дорого, но если мы своим хотя бы не будем делать — то это неправильно. Эффективность аспирина меняется во времени. Воспаление должно влиять и на агрегацию, и на эффективность препарата. Это принципиальный вопрос, потому что сейчас мы говорим о том, что атеросклероз, ИМ — это тоже воспаление, и аспирин здесь как препарат противовоспалительный тоже работает. Это требует серьезного изучения: связь с воспалением, и первым об этом сказал Зиновий Соломонович Баркаган лет 20 назад. Он объяснял, что мы имеем дело с воспалением, которое реализуется через ДВС-синдром, повышение агрегации тромбоцитов, выброс тромбоцитарных факторов роста в месте повреждения эндотелия. Что такое фактор Виллебранда? Это эндотелиоз, воспаление сосудистой стенки, которое запускает агрегацию. Надо убрать воспаление, а вот как — это уже вопрос, над которым надо задуматься.

Комментарий В.Б. Симоненко: Выдающийся терапевт М.Я. Мудров говорил, что нужно лечить не болезнь, а больного. А замечательный клиницист, академик Кассирский И.А., говорил, что нужно лечить болезнь у конкретного больного. Принцип у врача должен быть один — не навреди. Тема докладов остается актуальной, и проблема требует дальнейшего изучения.

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ 11 февраля 2015 года

Председатель: академик Н.А. Мухин

Секретарь: В.И. Рамеева

*Д.м.н., профессор Л.Я. Рожинская
(ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ)*

Трудности диагностики и лечения первичного и вторичного гиперпаратиреоза

Гиперпаратиреоз — это повышенная секреция паратиреоидного гормона при нормальном или повышенном уровне кальция. Первичный гиперпаратиреоз — единичная или множественные аденомы, гиперплазия и рак околощитовидной железы. Вторичный гиперпаратиреоз возникает при проблемах в другом органе: метаболические и электролитные нарушения с гиперплазией и гиперактивностью околощитовидной железы; причинами являются почечная остеодистрофия и остеомалация, наследственные и приобретенные формы, синдром мальабсорции. Третичный гиперпаратиреоз — следствие вторичного: исчезает регуляция между уровнем кальция, фосфора и паратгормона; автономная секреция паратгормона при длительно существующем вторичном гиперпаратиреозе.

Пациент 57 л. с нарастающей припухлостью и болезненностью нижней челюсти, частое мочеиспускание, жажда, боли в костях. Пациент прооперирован, гистологически поставили гигантоклеточную опухоль. Через 2—3 месяца — рецидив. В январе 2014 г. направлен в РОНЦ им. Н.Н. Блохина на повторную операцию. Гистологически — репаративные гигантоклеточные гранулемы. После скинтиграфии

диагноз — гиперпаратиреоидная острая дистрофия. В крови кальций — 4,2 мл/л — на грани гиперпаратиреоидного криза, — низкий фосфор, высокая щелочная фосфатаза, почти в 10 раз повышен паратиреоидный гормон. Признаки ХПН — креатинин 154 м/ммоль, СКФ 43 мл/мин. Крайне высокий маркер остеобразования — остеокальцин и маркер костеразрушения, что характерно для крайней степени этого заболевания. На УЗИ: паратерома, конкременты в почках. Диагноз: первичный парагипертиреоз, костно-висцеральная форма с поражением костей и почек.

Раньше первичный гиперпаратиреоз считался крайне редким заболеванием, но когда стали часто измерять кальций — в популяции оказалось 0,3% больных и это 3-е по частоте эндокринное заболевание после патологии щитовидной железы и сахарного диабета.

Различают манифестную форму (гиперпаратиреоидная дистрофия или фиброзный остеоит, при котором характерен очень высокий костный обмен, что ведет к быстрому разрушению кости), мягкую форму, в которой выделяют асимптомную (без симптоматики, случайное обнаружение повышенного уровня кальция и паратиреоидного гормона) и малосимптомную форму (слабость, небольшая жажда, снижение плотности костной ткани и умеренная гиперкальциемия). К мягким и асимптомным формам относятся остеопороз и остеопения.

На 2-м месте по частоте поражения — поражение почек. Нефролитиаз с наличием или отсутствием почечной недостаточности или нефрокальциноз. Часто — полидипсия, полиурия, что укладывается в рамки нефрогенного несахарного диабета. Наступает резистентность почечных канальцев к антидиуретическому гормону.

Это заболевание мультисимптомное. Эндокринологи, травматологи, ревматологи и ортопеды часто встречаются

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

Вакцина против лихорадки Эбола готовится к клиническим испытаниям

Российская вакцина против вируса Эбола (БВВЭ) готовится к испытаниям на людях, пишет ТАСС со ссылкой на главу Роспотребнадзора Анну Попову.

«Вакцина против лихорадки Эбола проходит этап регистрации и готовится к клиническим испытаниям на людях», — сообщила она.

«У нас заканчиваются исследования на обезьянах, последняя фаза исследований, результат мы получим в августе», — заявила министр Вероника Скворцова в июле, добавив, что промежуточные результаты очень обнадеживающие.

«Есть такое впечатление, что мы должны получить эффективный вакцинный штамм», — отметила министр.

По последним данным Всемирной организации здравоохранения, за время эпидемии болезни, вызванной БВВЭ, в странах Западной Африки скончались около 11,3 тыс. человек и почти 28 тыс. заразились. Случаи заболевания зафиксированы также в Мали, Нигерии, Сенегале, Италии, Испании, Великобритании и США.

Источник: Фармвестник

Холокост изменил геномы минимум двух поколений евреев

Международная команда исследователей пришла к выводу, что сильные психологические и физические потрясения, например такие, как те, что пережили люди во время Холокоста, ведут к генетическим изменениям, которые передаются потомству.

Полностью результаты исследования опубликованы в журнале *Biological Psychiatry*. Кратко о них сообщается на сайте Общества Макса Планка.

Ученые проанализировали гены у 32 евреев, переживших Холокост, и у их потомков. Аналогичный анализ был проведен у тех евреев, которые во время Второй мировой войны жили не в Европе, и у их детей. Выяснилось, что у людей, переживших Холокост, и их потомков наблюдались одинаковые эпигенетические изменения в гене FKBP5. Такие изменения не затрагивают собственно ДНК: это определенные химические «надстройки» на генах, которые изменяют их работу. У контрольной группы участников подобных изменений не было.

Ген FKBP5 отвечает за реакцию организма на стресс, его работа во многом определяет, как хорошо человек будет справляться со стрессовыми факторами. Ученые особо подчеркивают, что дети евреев, переживших Холокост, не подвергались травмирующим воздействиям, — изменения в гене FKBP5 передались им от родителей. Исследователи полагают, что подобные «метки» в ДНК, которые передаются потомкам, могут оставлять и другие факторы: курение, плохая экология и даже неправильное питание.

Источник: ТАСС «Чердак»

Подавляющее большинство дошкольников в США получают все необходимые прививки

Уровень вакцинации детей дошкольного возраста в США остается высоким, однако в отдельных регионах страны сохраняются очаги, где процент отказов от прививок в несколько раз превышает средний показатель по стране. Об этом свидетельствуют данные двух отчетов, опубликованных Центрами контроля и профилактики заболеваний США (CDC).

Первая публикация посвящена иммунизации детей, принятых в детские сады в течение 2014—2015 учебного года. В среднем по стране доля отводов от вакцинации (как по медицинским показаниям, так и по религиозным и иным соображениям) составила 1,7%, однако в зависимости от штата этот показатель варьирует от 0,1% в Миссисипи до 6,5% в Айдахо. Кроме того, 5 штатов не предоставили необходимых данных, достаточных для оценки успешности прививочных кампаний.

Во втором отчете приводятся данные о вакцинации детей в возрасте от 19 до 35 месяцев за 2014 год. Охват иммунизацией здесь также оказался высоким — около 90% по вакцинам от кори, свинки и краснухи (MMR), полиомиелита, гепатита В и ветрянки. Доля детей, не получивших никаких прививок, составила менее 1%.

Наличие очагов с высоким уровнем отказов от вакцинации повышает вероятность мощных вспышек инфекций, подобных кори. Таким образом, максимальный охват населения иммунизацией необходим для формирования коллективного иммунитета, способного противостоять подобным вспышкам, отмечается в сообщении CDC.

Источник: Ремедиум

ИнтерНьюс

Ученые нашли людей с врожденным отсутствием воображения

Специалист по когнитивной неврологии профессор Адам Земан (Adam Zeman) из Школы медицины Эксетерского университета (Великобритания) впервые описал «афантазию» — психический феномен, при котором от рождения нарушена способность к визуализации мысленных образов (воображению), сообщается в пресс-релизе университета.

Люди, у которых наблюдается врожденная афантазия, не в состоянии «окинуть мысленным взором» воспоминания о местах, где они побывали, о событиях, которые наблюдали, представить в воображении лица людей, которых видели или даже любили, вообразить какие-то несуществующие в реальности объекты и так далее. Некоторые из тех, у кого наблюдается этот феномен, говорят о том, что неспособность к воображению оказывает существенное влияние на их жизнь, так как они боятся, что не смогут визуализировать воспоминания об умерших родственниках или бывших партнерах. Другие сообщают, что из-за этого дефекта для них оказались закрыты некоторые профессии, например архитектора или дизайнера — они просто не в состоянии представить конечный продукт.

Впервые предположение о существовании таких людей выдвинул английский антрополог и психолог сэр Фрэнсис Гальтон еще в 1880-х годах, однако до сих пор этот феномен никем не исследовался. По оценкам Гальтона, врожденное отсутствие воображения может наблюдаться у 2,5% популяции. Профессору Земану и его коллегам удалось найти 21 человека с врожденной афантазией и описать их опыт в статье, опубликованной в журнале *Cortex*.

Способность к воображению является результатом активности целой нейронной сети, связывающей различные регионы головного мозга. «Организаторами» процесса визуализации являются фронтальные, теменные, а также височные и затылочные доли мозга. Именно от их слаженной работы зависит наш «мысленный взор», а его отсутствие связано с нарушениями на каких-то участках этой сети, считают ученые. Иногда эта проблема бывает не врожденной, а возникает после тяжелой травмы головного мозга, сильного стресса или при психических расстройствах. Так, профессор Земан ранее описал в научной литературе 60-летнего пациента, потерявшего способность к воображению после операции на сердце.

Источник: «Здоровье» mail.ru

В Калужской области появится инновационный медицинский центр «Гамма нож»

В Обнинске состоялось подписание соглашения о сотрудничестве между региональным Правительством, Федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» (НМИРЦ) Минздрава России и международной компанией «Гамма Вэнчурс Групп Инк», сообщили в пресс-службе областной администрации.

Предметом договоренности стало взаимодействие в целях создания междисциплинарного инновационного медицинского центра «Гамма нож» на базе МРНЦ — филиала НМИРЦ. В его структуру будут входить: клиническое отделение и научная группа по разработке новых лечебных методик прецизионной лучевой терапии. Это даст возможность обеспечить единообразный подход к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи на всей территории России.

Генеральный директор НМИРЦ Андрей Каприн пояснил, что «Гамма нож» — это радиологическая установка, позволяющая проникнуть в опухоль, не разрушая здоровые ткани. Он заметил, что в Обнинске будет работать один из пяти имеющихся в России аппаратов, цена которого составляет 7 миллионов евро.

Временно исполняющий обязанности губернатора Калужской области Анатолий Артамонов, поставивший свою подпись на документе со стороны областного Правительства, подчеркнул значимость проекта для всех россиян.

«На самом деле это важно не только для региона, но и для России в целом. По действующим международным стандартам, один аппарат «Гамма нож» должен быть на каждые 5 миллионов человек, а у нас один миллион. Я надеюсь, что мы не будем иметь столько пациентов, чтобы загрузить это оборудование. Это шанс для большого количества людей, попавших в беду, не только выжить, но и забыть о своем заболевании, продолжать нормальную жизнедеятельность. Конечно, в первую очередь, здесь будут оказывать помощь жителям Калужской области», — отметил Артамонов.

Источник: *Фармвестник*

Начало на стр. 9 ↗

с остеопорозом и остеопенией, урологи, нефрологи — с нефрокальцинозом, с рецидивирующим нефролитиазом, терапевты, гастроэнтерологи, хирурги — с язвенным поражением желудка, кардиологи — с непонятными нарушениями ритма и проводимости, гипертонией у молодых больных, изменениями QT-интервала.

Отправные точки для диагноза: гиперкальциемия подтверждена дважды и повышение паратиреоидного гормона, или избыточное повышение паратиреоидного гормона при нормокальциемии и отсутствии признаков вторичного гиперпаратиреоза.

Лабораторно: кальций в крови, лучше с коррекцией на альбумин или ионизированный кальций; паратиреоидный гормон; фосфор; важен кальций в суточной моче, он чаще повышен — больше 10 ммоль/сутки или больше 400 мг/сутки.

После постановки диагноза нужно установить топику процесса, так как чаще всего больные идут на операцию. Для выявления костных нарушений необходимо делать денситометрию. Для определения топики процесса информативным является УЗИ околощитовидных желез или мультиспиральная КТ органов средостения и шеи.

При гиперкальциемии дифференциальный диагноз проводят с онкологическими заболеваниями, с ХПН, с миеломной болезнью, лимфомой, костными метастазами и т.д. Цель лечения — нормализация уровня кальция, регресс симптомов первичного гиперпаратиреоза. Нет опухоли — нет избыточной продукции паратиреоидного гормона: правильным решением является хирургическая операция — паратиреоидэктомия. При наличии аденомы околощитовидных желез удаляется только аденома, при гиперплазии — нужно удалять все 4 околощитовидных железы.

Важным для принятия решения об операции является возраст. Показаниями к операции являются: секреция кальция с мочой, снижение клиренса креатинина меньше 60 мл/мин, переломы в анамнезе. Все гиперпаратиреозы до 50 лет оперируют, даже при малосимптомной форме. Старше 50 лет: если уровень кальция больше 0,25 ммоль или на 1 мкг выше нормы, определенного не менее 2 раз, — тоже надо оперировать. После операции у пациента возможна гипокальциемия (синдром «голодных костей»), который купируется приемом кальция и витамина Д. Выздоровевшим пациентом считается, если через 3 года нет никаких признаков рецидива.

Консервативному лечению подлежат пациенты, которые не имеют вышеперечисленных критериев и ранее оперированные пациенты с рецидивом. Малосимптомный и

ЗАСЕДАНИЕ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 13 апреля 2015 г.

Председатель профессор П.А. Воробьев

Секретарь В.И. Рамеева

*Барышникова Галина Анатольевна, профессор ФГБУ
«Учебно-научный медицинский центр»
Управделами Президента РФ, Москва*

Лечение артериальной гипертонии: фокус на диуретики

По данным ВОЗ, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в России занимает 3-е место в мире. В структуре летальности на ССЗ приходится 56,6%. Факторы риска — артериальная гипертония (АГ), дислипидемия, сахарный диабет, курение, ожирение, злоупотребление алкоголем. 40% населения — гипертоники, с возрастом частота АГ возрастает и сопровождается поражением органов-мишеней: сердце, почки и сосуды, мозга, аорты и периферических артерий. Как реакция на повышенное АД развивается гипертрофия сосудистой стенки, поэтому периферическими вазодилататорами проблему не решить. Нужны препараты с органопротективным действием.

Основная цель лечения АГ — максимальное снижение риска ССЗ и увеличение продолжительности жизни: чем выше уровень АД, тем выше риск осложнений. Различают целевые уровни АД:

- Для всех категорий больных — <140/85 мм рт. ст.
- При сочетании АГ и СД — <140/85 мм рт. ст.
- У больных пожилого и старческого возраста — <150/90 мм рт. ст.

Нижняя граница снижения АД — 110—115/70—75 мм рт. ст. во избежание развития и усугубления кардиальной и церебральной ишемии.

В России эффективно лечатся всего лишь 21,5% больных с АГ. В США — 40% женщин и 50% мужчин, а в Европе — 57%. Основные противогипертензивные препараты: ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов АТ1, антагонисты кальция, β-адреноблокаторы и диуретики. Есть α-андреблокаторы, агонисты имидазолиновых рецепторов, прямой ингибитор ренина. При АГ и ХСН лечение можно начинать с тиазидных диуретиков, при ХСН и перенесенном инфаркте миокарда — с антагонистов альдостерона, а петлевые диуретики применяются при конечной стадии ХПН и ХСН.

Тиазидные диуретики снижают риск осложнений ХСН, ОНМК. Среди них есть препараты с хорошей переносимо-

асимптомный гиперпаратиреоз у 63—70% не прогрессирует за 15—20 лет. При наличии гиперкальциемии рекомендовано обильное питье, избегать неподвижности, умеренное ограничение кальция в диете (до 1800 мг в день), при дефиците витамина Д (менее 20 нг/мл или 50 пмоль/л) — прием нативного витамина Д. Золотым стандартом восстановления кости при первичном гиперпаратиреозе остаются бисфосфонаты (деносуаб). Цинакальцет — относительно новый препарат с доказанным кальцийснижающим действием.

Вторичный гиперпаратиреоз имеет костные проявления: остеопороз, фиброзный остит и остеомалация и т.д. Эти костно-минеральные нарушения ведут к кальцификации сосудов и тканей, ригидности артерий, нарушению комплекса интима-медиа; смерть чаще всего наступает от различных ишемических состояний.

Цели лечения гиперпаратиреоза неотложные (контроль и коррекция паратиреоидного гормона, предотвращение гиперфосфатемии и нормализация уровня кальция) и долгосрочные — предотвращение гиперплазии околощитовидных желез. Чем выраженнее гиперплазия, тем хуже ответ на лечение: итог — тотальная паратиреоидэктомия. Золотым стандартом лечения вторичного гиперпаратиреоза были активные метаболиты витамина Д. Но при попытке быстро снизить паратгормон возникала гиперфосфатемия, и переизбыток лечения активными метаболитами вел либо к кальцификации сосудов и мягких тканей, либо к адинамической костной болезни. На сегодня есть парикальцитол, который обладает чуть меньшим гиперкальциемическим эффектом, но лучше снижает фосфор. Основной консервативной лечебной вторичного гиперпаратиреоза являются кальцимитетики, которые снижают уровень паратгормона.

Вопрос: А что Вы можете сказать по поводу стронция?

Ответ: Много лет назад Пьер и Мария Кюри показали, что стронций у крыс увеличивает резорбцию. Препарат за 3—4 года применения снижал риск переломов позвонков и шейки бедра. Но уже тогда были замечены побочные эффекты: незначительное, но достоверное увеличение частоты тромбозов. Потом появились сведения о синдроме Лайелла, других аллергических реакциях. В 2013 г Европейское медицинское агентство сделало вывод, что частота побочных эффектов при длительном применении слишком высока. Препарат не снимается с производства, но назначается лишь пациентам, у которых нет предрасположенности к тромбозам, нет неконтролируемой гипертонии, пациентам без перенесенных ИМ и ОНМК и пациентам не старше 80 лет, с тяжелым остеопорозом при непереносимости или неэффективности других препаратов.

стью — торасемид и индапамид. Торасемид был заявлен для лечения АГ недавно. Торасемид — это мощный петлевой диуретик, который блокирует эффект альдостерона и в меньшей степени, чем фуросемид влияет на экскрецию калия.

В исследовании TORIC сравнивался фуросемид и торасемид: торасемид приводит к снижению общей смертности более чем на 50%, фуросемид — на 60%. Биодоступность торасемида — 75—100%, фуросемида — 53%, период полувыведения торасемида составляет 3—5 час, фуросемида — 1 час, минимальное влияние на обмен калия и магния.

Торасемид эффективно снижает САД и ДАД, и почти у 85% был достигнут целевой уровень ДАД, причем не менялись показатели креатина, глюкозы крови, мочевой кислоты, ЛПНП, ТГ. Через 3 месяца применения торасемид снизился уровень альдостерона, но не изменился уровень калия, кальция, магния и фосфора.

Торасемид уменьшает фиброз миокарда на 22% и предотвращает развитие аритмий. Он является перспективным препаратом для лечения АГ как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими антигипертензивными препаратами.

Вопрос: Можно ли применять торасемид при ХПН?

Ответ: Можно, эффективность препарата не снижается именно петлевые диуретики применяются и работают при ХПН.

П.А. Воробьев: Влияния на мочевую кислоту не было? Не растет ли подагра при приеме торасемида?

Ответ: При гиперурикемии применять препарат можно, но контролируя мочевую кислоту. При подагре применять не следует

Вопрос: А что насчет индапамида?

Ответ: Индапамид считается метаболически нейтральным диуретиком, поэтому у него вероятность развития гипокальциемии, особенно в дозе 1,5 мг и в пролонгированной форме, совсем не высока.

П.А. Воробьев: Индапамид вызывает подагру. Людям с повышенной мочевой кислотой дают индапамид, и у них идет обострение. И еще. Получается, нужно принимать торасемид по 2,5 мг каждый день, а как же тогда ходить в туалет рабочему человеку?

Ответ: 2,5 мг — это субдиуретическая доза. При такой дозе не будет выражен мочегонный эффект, а вот при 5 мг диуретический эффект уже будет наблюдаться.

П.А. Воробьев: Мы не первый раз за последние годы обсуждаем торасемид. Он был мало знаком врачам. А много кто сейчас назначает диурет?

(Лес рук).

За последние сто лет медицинская наука и практика изменились больше, чем за предыдущее тысячелетие. Казалось бы, все стало совершенно по-другому: найдены лекарства от болезней, ранее считавшихся неизлечимыми, медицинские технологии давно обогнали самые смелые догадки фантастов, врачи занимаются математическим моделированием процессов, происходящих в организме пациентов, и запросто исправляют ошибки в генах. Но есть особая, чисто российская болезнь, которую не берут никакие инновации — **нищенский уровень оплаты труда российских врачей**. По этому показателю здравоохранение в нашей стране остается во временах эпидемий оспы и холеры и сколько лет еще потребуются, чтобы «вылечиться», не известно.

Р. Фронштейн

«К вопросу о ненормальном юридическом положении врачей»

(выдержка)

Врачебная газета, 1907

Все существующие законодательства в принципе стремятся к охране права собственности граждан, к неприкосновенности их личности (часто лишь на бумаге!) и труда и полагают в основание свое полное равенство всех граждан перед законом.

Нашим законодательством также приняты в основание эти принципы, и с падением позорного крепостного рабства, с переложением натуральных повинностей на денежные, с принципиальным решением вопроса о податной реформе у нас, в настоящее время, осталось только три вида принудительного труда:

- а) труд воинский,
- б) труд преступников, осужденных на каторгу, и
- в) труд врачей, причем последние поставлены при выполнении своей задачи даже в худшие, как мы сейчас увидим, условия, чем солдаты и каторжники.

Свободный личный труд признан великим правом всякого гражданина и охраняется законом преимущественно перед всяким другим правом на собственность, как то: капиталом, движимым и недвижимым имуществом и т.п.; и по естественным законам свобода труда, влекущая за собою

соревнование и конкуренцию, должна улучшать продукт. Поэтому в принудительном труде — труде солдат и каторжников, где конкуренции, в смысле завоевания потребителей и рынков, быть не может — лучшее выполнение работы поощряется известными наградами и увеличивает время отдыха, а нерадивое выполнение работы влечет за собой наказания.

Во врачебном же труде более быстрое выполнение работы увеличивает ее, а лучшее выполнение, хоть это и покажется странным на первый взгляд, — лишь увеличивает шансы на получение наказания.

Время работы врача беспредельно. Солдат и каторжник работают известное число часов в сутки, врач же при получении диплома обязан работать 24 часа в сутки.

Взгляд на врача слишком идеален. Его считают каким-то бесплотным духом, долженствующим везде быть и все исполнять.

Не давая врачу ни пищи, ни одежды, ни жилища, ни орудий, необходимых для выполнения работы, государство считает себя вправе требовать от врача не только выполнения принудительной тяжелой работы, но еще и работы совершенного качества. Всю свою жизнь врач обязан учиться и следить за наукой, что требует также известных материальных затрат, иначе он будет обвинен и в незнании, и в ошибках.

Врач — раб общества. Не обеспеченный государством, нуждаясь в самых первых потребностях жизни и здоровья, врач не имеет права ни от кого требовать удовлетворения этих потребностей. С другой стороны, каждый из граждан вправе требовать от врача сохранения себе жизни и здоровья, что обходится врачу, кроме материальных затрат и труда, еще и поступлением благами, так охраняемыми законом для всех остальных граждан — свободным трудом и неприкосновенностью личности.

Поясним эту вопиющую несправедливость примерами: больной требует к себе немедленно врача; расстояние от дома врача до жилища больного довольно значительно. Имеет ли право больной требовать от извозчика, стоящего на бирже, чтобы тот из человеколюбия довез врача до больного? Нет! Надо заплатить извозчику по договору. По закону врач не имеет права требовать с больного больше установленной платы (15 коп.). Больший же размер платы зависит от доброй воли больного. Теперь является вопрос, имеет ли право врач заплатить извозчику за поездку часть полученного законного вознаграждения (15 коп.) или же должен отдать весь его целиком, или, наконец, он обязан приплатить еще столько своих денег, сколько требует законная извозничья такса, или это зависит от доброй воли врача?

Врач прописал лекарство — больной может и не заплатить ему за труд, но не имеет никакого права поступить так с аптекарем.

Итак, мы видим, что закон не обязывает никого, кроме врача, быть человеколюбивым и поступаться чем-либо; необязательное же спасение погибающего с опасностью для своей жизни и общество, и закон считают доблестью, достойной каждый раз награды в виде медали, ордена.

Как вообще всякий человек, так в частности и врач, поехавший к больному и попавший в полынью, не имеет права требовать, чтобы кто-нибудь бросился в воду и вытащил его; если же кто-нибудь это добровольно сделает, то граждане приходят в восторг от такого подвига, а государство награждает спасителя. Если же в доме находится больной чумой, сыпным тифом или иной инфекционной болезнью или сумасшедший в припадке белой горячки или водобоязни (бешенства), то под страхом наказания врач обязывается броситься к такому больному и подавать ему помощь с опасностью для своей жизни. Иначе говоря, с врача публика тре-

бует совершения подвига, забвения собственной безопасности и на этот подвиг смотреть как на дело, не стоящее выделенного яйца.

Когда же усталый, больной, измученный до последней физической возможности врач не идет к больному, то родственники последнего клеймят врача как преступника, имя его треплется на столбах уличной прессы, и толпа радуется подобно каннибалам, пляшет вокруг попавшегося к ним в плен европейца!

Экспроприация частного труда в пользу общества означала бы, что общество имеет рабов; принудительный труд в пользу частных лиц равнозначен рабству. И вот врач является таким рабом общества. Я подразумеваю здесь под врачебной собственностью знание и право врачевания, приобретенное тяжелым 13—15-летним трудом и затратой солидного капитала.

Тотчас вместе с получением диплома знания врача экспроприируется государством. Профессиональная этика возлагает на него обязанности: 1) лечить по правилам медицины, 2) не делать ошибок, вредных врачуемому, 3) быть внимательным к каждому, даже капризному больному, 4) хранить семейные тайны, 5) следить за наукой, и помогать успешному развитию ее и, наконец, 6) опубликовать свои открытия и изобретения для всеобщего пользования. Аптекарь, открывший новое слабительное, может нажить капитал, а профессиональная этика, которую в последнее время судят вкривь и вкось, не позволяет врачу эксплуатировать свою собственность.

Принудительная работа может иметь место лишь в физическом труде, да и то лишь в простейших формах его. Оказание же врачебного пособия есть весьма сложный, чисто умственный труд. Следовательно, принуждение оказывать врачебную помощь есть принуждение мыслить в известном направлении. Так как, с другой стороны, контроль над процессом человеческого мышления не возможен в виду отсутствия способов точного определения его, то, конечно, о принуждении человека мыслить известным образом против его воли не может быть и речи. Таким образом, принуждение врача являться к каждому сводится лишь к простейшей форме физического труда: прийти к больному, выслушать его жалобы и прописать рецепт. Каков будет этот рецепт — безразлично, лишь бы средство было прописано не в токсической дозе. Такой труд — а продукт принудительного труда всегда будет таков — цены не имеет и иметь не может и за

обязательством врача являться во всякое время и ко всякому больному может стоять лишь недомыслие или нежелание глубже вдуматься в дело.

Обязательство врача явиться к каждому больному не ограничено по закону даже расстоянием. Больной, живущий во Владивостоке, имеет право требовать к себе врача из Москвы. Да таких крайностей дело, положим, не доходит, но многим из земских врачей приходилось если не самим испытывать на себе, то слышать от товарищей, что позовут за 30—50 верст, ямщику приходится заплатить 5—7 рублей, а гонорара получишь 3—5 руб. Когда же наученный горьким опытом врач требует деньги вперед и оговаривается о гонораре, то газеты поднимают крик о корыстолюбии и бесчеловечности врачебного сословия.

Законодатель, установивший обязательство для врачей являться к каждому больному, в то же время сам как бы несочувственно относился к своему постановлению, учреждая в то же время целые коллегии врачей с определенным содержанием и определенными обязанностями. В дальнейшем и правительство совершенно игнорировало это обязательство вступлением в добровольные соглашения с врачами. С введением земского самоуправления общество поспешило исправить недостатки правительственных сделок с врачами, и в настоящее время в государстве почти нет почти ни одного человека, который не был бы заблаговременно обеспечен врачебной помощью в силу добровольных сделок с врачами. Так, солдаты и офицеры получают помощь от военных врачей; жители городов — от городских и земских; крестьяне — от земских и уездных; рабочие — от фабричных врачей и т.д. Кроме того, различные общества открывают бесплатные лечебницы для своих членов, и частные лица нередко приглашают годовых врачей. И если при таком разграничении врач, по обширности своего района или масс больных, не в состоянии удовлетворить всех нуждающихся в его помощи, то в этом следует винить лишь само общество, которое скупится увеличить свои штаты и таким образом обеспечить своим сочленам врачебную помощь. При строгом проведении в жизнь такого разделения труда между всеми врачами право больного требовать к себе того врача, кого ему заблагорассудится, явится, во-первых, бессмысленным, а, во-вторых, и прямо вредным для него самого, так оно будет идти вразрез со стремлением различных ведомств и обществ обеспечить помощь своим сочленам. Так, например, разве может

Во врачебном же труде более быстрое выполнение работы увеличивает ее, а лучшее выполнение, хоть это и покажется странным на первый взгляд, — лишь увеличивает шансы на получение наказания.

По закону врач не имеет права требовать с больного больше установленной платы (15 коп.).

ИнтерНьюс

Операцию по вживлению бионического глаза впервые провели в Турции

В одной из турецких клиник успешно провели сложнейшую хирургическую операцию по возвращению зрения с использованием бионического глаза.

Первой пациенткой, решившейся на подобный эксперимент, стала 44-летняя Дилек Юмран Озтюрк. После рождения второго ребенка ей был поставлен диагноз «куриная слепота». «Куриная слепота», или ниталопия — это заболевание, при котором пациент перестает различать предметы в темноте. Оно может носить как врожденный, так и приобретенный характер.

Операция прошла под руководством сотрудников Всемирной офтальмологической больницы, докторов Нуры Аджара и Февзи Аккана. Профессор Аджар отметил, что всего лишь нескольким странам в мире разрешено проводить настолько сложную хирургическую операцию, и он горд, что Турция стала одной из этих стран. Кроме Турции на операцию имеют право клиники Германии, Франции, Великобритании, Италии и США, где был изобретен первый бионический глаз.

«Этот удачный опыт важен не только для наших многочисленных пациентов, надеющихся на восстановление зрения, но и для всей медицинской отрасли Турции в целом, так как подобные операции могут проводить только высококвалифицированные врачи при наличии самых передовых технологий», — подчеркнул профессор Аджар.

Как сообщают врачи, период восстановления после операции занимает год, но положительная динамика прослеживается у пациентов по всему миру уже через два месяца. Сейчас Дилек Юмран Озтюрк чувствует себя хорошо, и зрение продолжает улучшаться. Врачи надеются на рост положительной динамики.

Бионический глаз модели «Аргус II» является новейшей разработкой американской компании Second Sight Medical Products («Сэконд Сайд Медикал Продактс»). Изобретение представляет собой темные очки, похожие на солнцезащитные, в которые интегрирована видеокамера и интерфейс, соединяющий процессор с 60 электродами, имплантированными в сетчатку глаза. «Аргус» работает по тому же принципу, что и настоящий глаз: превращает изображение в набор электрических импульсов, которые стимулируют нервные клетки сетчатки. Таким образом, сигналы попадают в мозг и обрабатываются в обычном порядке, то есть превращаются в картинку.

Помимо «куриной слепоты» бионический глаз может помочь больным с очень редким диагнозом «пигментный ретинит» — наследственным, дегенеративным заболеванием глаз, которое вызывает сильное ухудшение зрения и часто слепоту. Сложность его заключается в непоследовательном характере развития, то есть болезнь может внезапно начать прогрессировать быстрыми темпами и привести к полной потере зрения.

Источник: ТАСС

Ученые вырастили в лаборатории модель мозга человеческого зародыша

Ученые вырастили из клеток кожи человека, превращенных в стволовые клетки, мозг, соответствующий мозгу пятидневного зародыша, говорится в пресс-релизе университета штата Огайо в Колумбусе (США).

«Он не только выглядит как мозг в процессе развития — в разных типах его клеток активны почти все гены мозга», — сказал Рене Ананд (Rene Anand) из университета штата Огайо, чьи слова приводятся в пресс-релизе.

В полученной модели мозга отсутствует кровеносная система, но есть зачатки спинного мозга, сетчатки, все основные отделы головного мозга. В мозге есть разные типы клеток, в том числе функционирующие нейроны вместе с отростками, необходимыми для передачи нервных импульсов (аксонами и дендритами), а также другие клетки мозга — астроциты, олигодендроциты и микроглия.

Мозг был выращен из клеток кожи, превращенных в стволовые клетки, из которых, в свою очередь, можно вырастить клетки любой ткани организма. Процесс выращивания занял около 15 недель; ученые планируют поддерживать рост мозга и наблюдать за его изменениями. Полученная модель мозга позволит ускорить тестирование лекарств перед их испытанием на людях, а также исследовать генетические причины и факторы окружающей среды, влияющие на развитие заболеваний центральной нервной системы.

Источник: ТАСС «Чердак»

Начало на стр. 11 ↗

утром, в госпитале, принести пользу военный врач, после того как он целую ночь провозился с больными и наоборот? Обязательство являться к каждому больному не допускает и врачебной специализации, и поэтому окулиста нередко требуют к роженице, а гинеколога — к больному ребенку.

Я хочу еще обратить внимание на то, откуда обыкновенно являются преследования по суду врача за неявку к больному и кто является истцом в подобных процессах? Я лично убежден и имею основания утверждать, что в основе всех подобных процессов лежит желание эксплуатировать труд врача, то есть желание больного воспользоваться бесплатными услугами врача. Ни в одном процессе до сих пор мы не слышали, чтобы больной, приглашая к себе врача, выдал ему вперед гонорар или хотя бы упомянул об его размере. Это не принято — врач, придя к больному, не должен — так требует профессиональная этика — спрашивать, вознаградить ли его за труд. Подобный вопрос у постели больного считается непозволительно грубым и бесщедрым, а не заплатить врачу за труд отнюдь не считается неделикатным поступком.

Сама плата за труд производится больным или его родственником тайно, в виде какой-то взятки: деньги дают врачу в кулак, и он должен, не глядя, при больном положить их в карман и посмотреть только дома. Почему существует такой странный обычай? Мне кажется, потому, что больной, сознавая, что вознаграждает врача нередко несообразно своим средствам, старается гарантировать себя от неловкого положения и укора в неблагодарности.

Таким образом, в основе процесса лежат корыстолюбие и месть за неудавшуюся эксплуатацию. Обвиняемыми же являются те врачи, которые своими знаниями заслужили наибольшее доверие местного общества, потому что каждый больной стремится получить пособие от лучшего доктора, считая свою болезнь за необычайно трудную для диагноза и лечения, а потому понятной не всякому врачу.

Положим, к счастью для врачей, общество в большинстве своем вполне сознает всю несправедливость предоставленного ему права требовать к себе всякого врача, иначе суды были бы завалены жалобами на них. Так как все пожелали бы лечиться у знаменитости — и за невозможностью удовлетворить всех, за неимением оправданий: ведь утомление оправданием служить не может — знаменитость вечно должна была бы отсиживать под арестом наказание.

Степень наказания за отказ посетить больного определяется исходом болезни больного, а узнать от посланного, насколько действительно в том или другом случае необходима врачебная помощь — для врача нередко немислимо. Так, часто посланный заявляет, что у больного чирей — врач отказывает в немедленной визитации, и больной умирает от сибирской язвы, или же наоборот, врач, отправившийся к больному, находящемуся якобы в бессознательном состоянии, натывается на даму, симулирующую обморок для устрашения мужа...

Из всего сказанного я осмысливаю вывести следующие заключения: принудительное обязательство для врача являться к каждому больному, имея вид рабства и будучи игнорировано как обществом, так и правительством, не должно иметь правового основания, и в настоящее время грядущих реформ врачи должны сплотиться и властно потребовать пересмотра положений, касающихся врачебного сословия.

Справка: Еженедельная «Врачебная газета» — одно из ведущих в России периодических медицинских изданий, начала выходить в Санкт-Петербурге с 1893 г., в течение первых 8 лет издавалась как «Еженедельник журнала Практическая медицина», а с 1901 г. — как самостоятельная «Врачебная газета. Клиническая и бытовая газета для врачей». Редакторы: д-р медицины, профессор, основоположник курортологии А.А. Лозинский (1868—1961), с 1905 он же и О.А. Луниц; с 1910 А.А. Лозинский и Г.И. Дембо. Издательства В.С. Эттингер; с № 52 1910 Ф.Е. Эттингер; с №3 1916 В.П. Крамер; с № 20 О.В. Эттингер.

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: Г. Паперная (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., [Галкин В.А.], Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Юшук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно


Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, 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»!



XX Международная научно-практическая конференция

«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

5—6 октября 2015 года

Холидей Инн Сокольники, г. Москва

Web-сайт: www.newdiamed.ru

E-mail: gerontology@newdiamed.ru

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 5—6 октября 2015 года XX Международной научно-практической конференции

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Сестринский процесс.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т.д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология.

Помимо традиционных форматов заседаний в рамках конференции планируется проведение тематических мультимедийных дисциплинарных блоков по актуальным проблемам лечения пожилых больных, основой которых является дискуссия различных специалистов, предваренная вводной лекцией. Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июля 2015 г.

Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2015 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:**
 - Прислать заявку на участие с указанием названия доклада (устное сообщение, постер), соавторов.
 - Предоставить тезисы доклада для утверждения Оргкомитетом.
 - Оплатить оргвзнос.
3. **Публикация тезисов** (бесплатно; см. правила оформления тезисов).
4. **Для фармацевтических компаний, организаций и заинтересованных лиц — участие в выставке** (подробности по тел. (495) 225-83-74).

Решение о Вашем выступлении с докладом принимает Организационный комитет на основании заявки и тезисов.

Посещение секционных заседаний, симпозиумов, школ является СВОБОДНЫМ!

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — до 1,5 страниц формата А4), шрифт 14, 1,5 интервала, можно разместить ON LINE на сайте, заполнив соответствующую форму или переслать на электронный адрес Оргкомитета (e-mail: gerontology@newdiamed.ru). Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

Правила оформления тезисов:

- Название: заглавные буквы, выделенные жирным шрифтом, по центру.
- Авторы: И.О. Фамилия, по центру.
- Наименование организации, город, по центру, курсив.
- Нумерация ссылок на литературу: в квадратных скобках в порядке цитирования в тексте [1].
- При формировании текста тезисов желателен придерживаться следующего оформления: цели и задачи исследования, методы и результаты исследования, заключение.

Дополнительно предоставляется: контактная информация одного из авторов: место работы (почтовый адрес), должность и звание, телефон, e-mail.

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ВЗНОС обеспечивает аккредитацию участника конференции, получение журнала с тезисами конференции, папки с материалами конференции, ежедневный обед.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 3500 руб.

Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%.

Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов доклада.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции:

К/с 301 018 107 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ПАО)

БИК 044 585 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0

КПП 770201001

ДЛЯ БРОНИРОВАНИЯ НОМЕРА В ГОСТИНИЦЕ необходимо подать заявку ONLINE, заполнив соответствующую форму на сайте (www.newdiamed.ru) или направить в адрес Оргкомитета заявку на участие (e-mail: gerontology@newdiamed.ru). С Вами свяжутся в ближайшее время.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении»

Газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

Web-сайты: www.newdiamed.ru, www.rspor, www.mgnot.ru

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

Оргкомитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»:

Телефон/факс: (495) 225-83-74, e-mail: gerontology@newdiamed.ru

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич

Научный секретарь Нерсесян Мадлена Юрьевна

Ответственный секретарь Мельникова Екатерина Леонидовна

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в Оргкомитет Конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ФИО _____

Место работы и должность: _____

Индекс _____ Почтовый адрес _____

Телефон/факс (с указанием кода города) _____

E-mail: _____

Формы участия (отметить ✓):

Устное сообщение Стеновый доклад Публикация тезисов Слушатель

Гостиница:

Не нуждаюсь Нуждаюсь

Название доклада, соавторы _____