



Могели Шалвович, для начала хотелось бы вернуться в далекое прошлое и спросить, как вы пришли в профессию, как приняли решение связать свою жизнь с медициной?

Мой дядя, профессор Бидзина Илларионович Хубутия, был известным хирургом и проректором Рязанского медицинского университета, долгие годы он заведовал кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии. Это был высокоинтеллектуальный человек, и мне всегда нравилось ему подражать. Он оказал на меня, конечно, сильнейшее влияние. Я хотел быть на него похожим, хотел быть таким же аккуратным и педантичным во всем. В начале 60-х годов мало осталось старой интеллигенции, на этом фоне мой дядя сильно выделялся своей культурой. В общем, после школы я поехал поступать в медицинский институт.

Но учились вы не Рязани, почему?

Я поехал в Нижний Новгород как раз потому, чтобы никто не думал, что я поступаю в медицинский институт по блату. Тогда не было такой доступности информации как сегодня, мало кто ассоциировал меня с моим дядей.

Наверное, глупо спрашивать, почему в качестве основной специальности была выбрана именно хирургия, ведь ваш дядя был хирургом и такой выбор, по всей видимости, был предопределен.

Вообще нет, не было ничего предопределено изначально. Я окончил институт педиатром. Но когда дело дошло до распределения, меня направили в Таджикистан, в город Душанбе. Я тогда вообще не знал, что существует такая страна. Но так было принято, всех, кто хорошо учился, отправляли поднимать здравоохранение в Среднюю Азию. Я туда приехал и изъявил желание учиться на детского хирурга. Так я оказался в школе детской хирургии профессора Булатова, который перебрался из Санкт-Петербурга. Я стал детским хирургом, и перед своим отъездом в Москву два года занимал должность главного детского хирурга.

Вы были расстроены таким распределением?

Нет, не был — ни тогда, ни сейчас. Я счастлив, что я там побывал. Потому что в тех краях не так важно, какая у тебя формально специализация. Во время дежурств ты и гинеколог, и нейрохирург, и терапевт в одном лице. К нам везли очень много раненых с различными травмами. Мы накладывали гипс, оперировали, делали трепанацию черепа. Собственно, практической хирургии я тогда и научился. А в Москве, куда я приехал поступать в ординатуру НИИ трансплантологии, мне понадобилась научная база.

Расскажите еще о ваших учителях, великих врачах, с которыми вас связывали многолетние отношения.

К концу 1974 года Институт трансплантологии возглавил Валерий Иванович Шумаков, а я туда пришел в 1975-м. Там собрались лучшие силы этого направления медицины в то время. В Институте трансплантологии работал Глеб Иванович Соловьев, который первым в СССР предпринял попытку пересадить сердце человека — очень известный хирург и, действительно, хирург от бога. Там был и уникальный детский кардиохирург Игорь Андреевич Медведев, к нему я был прикреплен и работал под его руководством вплоть до его отъезда в Новосибирск. Он был уникальным специалистом по врожденным порокам сердца.

Но своим основным учителем я считаю Валерия Ивановича Шумакова, я с ним отработал в общей сложности 31 год, из которых 21 год был его замом. Я прошел все: ординатуру, аспирантуру, был младшим, а потом и старшим научным сотрудником, и, наконец, заместителем директора.

Говорят, не бывает двух одинаковых операций, но, когда их сотни, наверное, все они сливаются, подробности стираются в памяти. Какое самое яркое воспоминание, связано с тем периодом работы?

Могели Хубутия:

«У меня много пациентов, от которых отказывались европейские клиники»

Директор НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Могели Шалвович Хубутия — один из самых активных сторонников развития трансплантологии в нашей стране. По его мнению, из-за неоднозначного отношения в обществе к проблеме донорства органов сегодня эта отрасль медицины в большой опасности.

С 1975 по 2006 год Могели Шалвович работал в НИИ трансплантации и искусственных органов, с 1986 года — на должности заместителя директора. Все эти годы Институт возглавлял знаменитый советский хирург-трансплантолог Валерий Иванович Шумаков, именно его профессор Хубутия считает своим главным учителем и авторитетом, его дело продолжает и защищает.



Одна из самых запомнившихся операций из тех времен, когда мы работали с Валерием Ивановичем, — это успешная операция по пересадке сердца 27-летней пациентке Шальковой Шуре. Это была вторая операция такого типа — первый пациент, которому было пересажено сердце через шесть суток погиб. Шура прожила с новым сердцем 11 лет полноценной жизни, вышла замуж, но в какой-то момент почувствовала себя совершенно здоровой и, к сожалению, как мы потом узнали, перестала принимать иммунодепрессанты. Это выяснилось, когда она попала к нам с отторгающимся сердцем, но было уже поздно, нового донора мы ей найти не успели. Она была из какой-то далекой северной деревушки, поэтому мы с профессо-

ром Шумаковым помогли ей получить квартиру в Москве, чтобы она могла постоянно наблюдаться в нашем институте.

А какая операция запомнилась как самая драматичная?

Одна из таких операций, конечно, это пересадка сердца 20-летней журналистке Алле из Краснодарского края более 10 лет назад. К нам Алла попала, когда ее сердце уже отказывало. Она была прикована к кровати — кожа да кости. Она лежала у нас в Институте полтора года, пока мы искали донора. Интересно, что до болезни она сама крайне негативно относилась к донорству и писала на эту тему материалы, полные негативизма, людей мол воруют и «разбирают на органы». Но судьба так распорядилась, что ей пришлось на себе испытать, что это такое. Если честно, надежды на то, что она выживет, было мало. Молодая, симпатичная девушка, она вызывала большое сочувствие. С ней даже сделал телепередачу Андрей Караулов. Он ее спросил: «Аллочка, о чем ты сейчас мечтаешь?». И совсем молодая девушка сказала: «Я каждый вечер, когда темнеет, мечтаю увидеть следующий восход солнца». Караулов чуть не расплакался.

Почему так долго искали для нее донора?

В 2004—2006 гг. в России практически прекратилось донорство органов и трансплантации. Помните историю с ГКБ № 20, где тогда было сфабриковано дело врачей-трансплантологов? Это была инициатива не совсем нормального, с моей точки зрения, тогдашнего заместителя генерального прокурора Москвы, который был убежден, что врачи забирают почку у живого пациента. Он организовал целую спецоперацию по их захвату в операционной с ОМОНОм. Потом суд установил, что врачи полностью не виновны, но трансплантологии был нанесен сокрушительный удар.

Как раз в этот период мы искали сердце для нашей Аллы, Валерий Иванович Шумаков лично мне поручил искать доноров. И вот я узнал, что в одной из больниц есть молодой человек, разбившийся в аварии, но его вес на 30 килограммов больше, чем нашей пациентки. А считается, что разница не должна превышать 10—15 килограммов. Вообще, чтобы пересадить сердце должно совпасть несколько факторов. Один из важнейших — антропометрические характеристики донора и реципиента. У крупного человека сосуды сердца большего диаметра, у небольшого — намного меньше.

И так мне стало жалко Аллочку, что донор ей не подходит, за полтора года мы с ней уже сдружились. В общем, я взял на себя эту ответственность, несмотря ни на что, сказал шефу, что донор подходит.

На операцию ночью Валерия Ивановича привезли из дома, он вошел в операционную и удалил сердце пациентке, после чего мы занесли в растворе донорское сердце и отдали ему в руки ... у него глаза стали такие, что я даже не буду описывать. Он спрашивает: «Что это такое?!». «Сердце, Валерий Иванович». «Я и сам вижу! Ты соображаешь, как я его пришивать должен?!», — я далеко не все дословно могу вам передать, много было крепких русских выражений. Но делать было нечего, и Валерий Иванович — не зря его называли виртуозным хирургом — придумал оригинальный способ, как сшить аорту донорского сердца, которая была по диаметру значительно больше аорты нашей больной. Трубку меньшего диаметра он на конце надрезал и раскрыл как лепестки, которые затем поочередно нашил на стенку сосуда сердца. Это было совершенно уникально, беспрецедентно. И вся процедура заняла чуть более часа, Валерий Иванович потрясает это делал.

Вот так я первый и последний раз в жизни обманул своего учителя.

Продолжение на стр. 2

...своим основным учителем я считаю Валерия Ивановича Шумакова, я с ним отработал в общей сложности 31 год, из которых 21 год был его замом.

Начало на стр. 1 ↗

И как складывались ваши отношения с Шумаковым после такого обмана?

Ну, после операции мы с ним уже под утро пошли в его кабинет и поговорили, а потом выпили немного, чтобы стресс снять. Он, конечно, меня понимал, знал, что другого шанса могло и не представиться. Но он не мог пойти на такой риск сам, если бы у нас ничего не получилось, и пациентка осталась на столе, это был бы большой удар по репутации.

Алла, кстати, после операции вышла замуж и родила ребенка. Они были у меня, я держал его на руках, даже фотография такая есть.

Ваш авантюризм, в хорошем смысле слова, широко известен. Только на него и надеются многие пациенты, оперировать которых отказываются другие врачи.

У меня много пациентов, от которых отказывались все европейские клиники. Например, мы продолжаем общаться с профессиональным спортсменом-бодибилдером, в прошлом чемпионом мира, которому в 27 лет понадобилась пересадка печени. Оказывается, чтобы добиваться высоких результатов в этом спорте, атлеты в большом количестве принимают анаболические гормоны, что приводит к разрастанию и склерозированию печени. В норме печень человека весит 900—950 граммов, а у него печень, которую мы удалили, весила восемь с половиной килограмм. Она занимала почти весь живот, сдавливая кишечник. Его возили в Германию на консультацию, немцы сказали, что уже поздно, жить ему осталось максимум три месяца. Потом его перевезли в Израиль, там дали еще меньше — три недели. К нам его привезли на каталке. Неделю мы его обследовали, и у меня возникло чувство, что я смогу ему помочь. Жалко его, молодой красивый парень. Я взял, пересадил ему печень.

Через год побывал на его свадьбе. Сейчас он работает персональным фитнес-инструктором.

Как у вас в коллективе относятся к памяти Владимира Петровича Демихова, основоположника мировой трансплантологии, всю жизнь проработавшего в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского?

Здесь он проработал ровно четверть века. И когда я стал директором НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, так совпало, что мне дали медаль Бакулева и медаль Бураковского. В общей сложности премиальный фонд этих наград составил 360 тыс. рублей. Эти деньги я отдал своему заместителю и попросил его найти хорошего скульптора, чтобы сделать мемориальную доску с изображением Демихова и его аппарата искусственного кровообращения. Сейчас эту доску можно увидеть на стене второго корпуса нашего института. Я к этому человеку отношусь с глубоким уважением, его мысль на 100 лет опережала мысль ученых того времени. В 40-х годах, до начала войны, он начал говорить о пересадке сердца и печени. После войны он первым пересадил голову собаке. Кристиан Барнард, выполнивший первую удачную пересадку сердца человеку, признавал, что работы Демихова оказали на него огромное влияние, он многое у него подсмотрел.

Как вы подбираете кадры? Какими качествами должен обладать врач, чтобы вписаться в вашу команду?

Кадры мы сами воспитываем, у нас большое количество ординаторов и аспирантов. Мы к ним присматриваемся, если человек полюбил эту профессию, оставляем его. А есть и те, которые приходят, чтобы мама с папой не ругались, на часы поглядывают, такой человек здесь просто не сможет работать.

Какого врача вы не возьмете на работу, даже если он отличный профессионал?

Безразличие к чужому горю — абсолютное противопоказание. Болит и болит, умер и умер — я такого отношения просто не переношу.

Безразличие к чужому горю — абсолютное противопоказание. Болит и болит, умер и умер — я такого отношения просто не переношу. И тоже я могу сказать о грубом отношении к больным. Больной человек, он и так травмирован и психологически и физически. Как бы тебе не было плохо, ты обязан ему улыбнуться, так как ты сам избрал эту профессию. Больной должен поверить врачу, еще Гиппократ говорил, что 50% выздоровления — это заслуга врача, а 50% — вклад больного.

Если врач безразлично относится к боли больного, грубо с ним разговаривает, да еще шуточку с медсестрой какую-нибудь отпустит, в то время как пациент корчится от боли, доверие тут же пропадает. И я не уверен, имеет ли право такой врач вообще общаться с больными. Когда поступает больной, которому плохо, да не может быть тебе в это время хорошо! Ты должен сострадать! И только сострадание делает врача настоящим врачом.

А как же профессиональное выгорание, о котором много пишут?

Люди нашей профессии не имеют на него права. Я столько лет работаю врачом, но если у меня погибает больной, я не могу просто пойти домой и лечь спать. Все прокручиваю и прокручиваю в голове по сто раз.

Доверие в целом к НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в городе очень высокое. Что бы ни случилось, всегда есть уверенность, что здесь помогут в любое время. Чем вы гордитесь как руководитель?

У нас есть специалисты всех направлений медицины. Если к нам больной попал, не имеет значение с какой патологией, у нас находится нужный врач. Мы очень серьезно продвинулись вперед в организации лечебного процесса: сегодня вы не увидите огромной очереди из каталок с больными в приемном отделении, как было когда-то. Больной поступает, и его сразу отмечают в журнале, с этого момента должно пройти не более двух часов до постановки диагноза и выделения койки. За это время делаются и такие исследования, как компьютерная томография, МРТ, ультразвук, гастроскопия, анализы, если есть показания. Если все это заняло, положим, два часа и двадцать минут — врач пишет объяснительную, что он делал в эти двадцать минут. Чтобы успеть за отведенное время, конечно, надо работать, а не вальяжно восседать в кабинете и неторопливо рас-

только поступили, еще не разобрались. Для меня это было дико.

В итоге многие потеряли работу, а руководитель приемного покоя, хотя он ночью и не работал, получил выговор, потом второй. Сейчас он один из лучших специалистов Института. А если бы я тогда не спустился, мне бы никто ничего не сказал, я бы так и не подозревал, что там происходит. Я сейчас в два-три часа ночи заканчиваю операции, а потом шатаюсь по отделениям.

Один раз пришел в реанимацию в начале четвертого ночи. Надо сказать, я категорически против того, чтобы врачи покидали зал в реанимационных отделениях. Там обычно по два реаниматолога, поэтому, если одному надо попить чай, то второй должен быть на месте. Я решил проверить, как выполняется мой приказ в одном из лучших наших отделений. Хожу, смотрю, проверяю, как мониторы работают, где сестры. И тут врач молоденькая мне навстречу идет с распущенными волосами — а это я тоже не разрешаю — и говорит мне «вы кто?». Я ей отвечаю, что мол просто так, зашел посмотреть. «А что тут смотреть, тут ничего интересного нет, идите к себе в отделение и смотрите там сколько угодно, а здесь люди работают», — в общем, она меня не узнала и выставила. Но

Эти деньги я отдал своему заместителю и попросил его найти хорошего скульптора, чтобы сделать мемориальную доску с изображением Демихова и его аппарата искусственного кровообращения.



Мемориальная доска В.П. Демихову установлена на одном из корпусов НИИ им. Н.В. Склифосовского

спрашивать больного. От таких врачей мы давно избавились.

А еще моя гордость — это наш двор, наш парк, посмотрите, какие цветы высажены.

Запущенных тяжелых больных в последнее время стало больше поступать?

Да, таких больных поступает больше. Во многом это обусловлено появлением большого количества платных клиник. Сначала они тянут время, «лечат» больного, а потом, когда он ухудшается, стараются скинуть его на нас, чтобы не портить статистику по смертности. Можно выделить и тяжелых пациентов с запущенными пороками сердца, чего в

Москве вообще быть не должно. Часто мы видим пациентов за 70, которые поступают в таком состоянии, что их приходится немедленно оперировать. В Америки, например, таких больных просто не может быть. Там, если человек после 50-ти не проходит диспансеризацию каждый год, его просто не будет обслуживать страховая компания.

Как вы добиваетесь качественного оказания медицинской помощи? В чем секрет?

Я здесь практически постоянно нахожусь, в выходные обязательно приезжаю. В субботу всегда здесь, так как основного состава врачей нет, а больных надо посмотреть. За эти годы у нас настолько порядок наведен, что я могу и не приезжать. Но приезжаю.

Был случай в 2006 году, когда я сделал первую пересадку почки уже на этом месте работы. В два часа ночи спустился в приемный покой, увидел там кошмар: у стенки стоят каталки, на каталках лежат люди, у кого-то кровь, у кого-то простынь на пол свешивается и никого из врачей. Я нашел врачей и спрашиваю, а что это у вас тут творится. Мне говорят, что вот, больные

я вижу, что и правда все вокруг работают как часы, и ушел к себе. На утренней конференции она меня увидела: «Это что, директор?! Я его выгнала вчера. Ну, все, теперь я потеряю работу». Но, что вы думаете, я ее похвалил. Вот такие и должны быть врачи. Идеальный порядок в отделении в начале четвертого утра, все на ногах, колдуют вокруг больных.

И ночью, и в выходные — наших больных нельзя ни на секунду оставлять одних. Например, человек на аппарате искусственной вентиляции легких. Аппарат всегда может на секунду остановиться, его может заклинить, и что тогда? И никогда не узнаешь, от чего больной умер.

Как устроен ваш режим дня? Вы вообще когда спите?

Я непоседливый человек. Встаю каждый день в половине пятого. Пятнадцать минут шестого выезжаю на работу, без десяти шесть я уже в Институте. Сплю я четыре часа и мне хватает.

В связи с этим могу рассказать смешной случай. Зима, снег, наши киргизские дворники каждый день его убирают. Они знают, что я без десяти шесть приезжаю, и снег, следовательно, должен быть убран с крыльца к этому времени. А в тот день ночью был страшный снегопад, все завалило, а наш киргиз, видимо, проспал. Я прихожу и ругаюсь с охранниками: двор не убран, на крыльце по колено снега. «Это вообще нормально?», — я их спрашиваю и иду к себе.

Через какое-то время опять мимо них прохожу, а они посмеиваются. Оказывается дворник от меня за дверь спрятался и слышал, как я ругался, а потом вышел и говорит: «Что это директор все спрашивает, нормально это? А он сам нормальный? В шесть часов на работу приходите?».

Может я и не нормальный, но иначе невозможно ничего успеть за день.

Беседовала Галина Паперная

И ночью, и в выходные — наших больных нельзя ни на секунду оставлять одних.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ
ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
13 февраля 2013 г.**

Председатель: профессор П.А. Воробьев

Докладчик: член-корр. РАМН, проф. М.В. Шестакова (Институт диабета ФГБУ Эндокринологический научный центр МЗ РФ).

Доклад:

Инновационные подходы в диагностике, лечении и профилактике сахарного диабета

Сахарный диабет (СД) — это неоднородная группа метаболических заболеваний, характеризующихся гипергликемией и являющаяся результатом различных дефектов секреции или действия инсулина, или обоих этих факторов. Современная классификация включает СД 1 типа, который характеризуется полной аутоиммунной или идиопатической деструкцией β-клеток поджелудочной железы, и СД 2 типа, этиология которого неизвестна. При этом наблюдается инсулинорезистентность, к которой позже присоединяется или существует без нее нарушение секреции инсулина.

В России, по данным Госрегистра, на 01.01.2012 г. зарегистрировано 3 549 203 случая диабета. Из них СД 1 типа — 316 603 человек (взрослые — 289 285, подростки — 8934, дети — 18 384), СД 2 типа — 3 232 600 (взрослые — 3 231 919, подростки — 293, дети — 388). Однако истинные цифры заболеваемости гораздо выше.

Основными диагностическими критериями СД являются сахар в крови (норма — не выше 6,1 ммоль/л и через 2 часа после еды или углеводной нагрузки — не более 7,8 ммоль/л.). Три состояния объединены под названием «предиабет»: нарушение толерантности к глюкозе (не выше 6,1 ммоль/л, после нагрузки — выше 7,8 ммоль/л, но не превышает 11,1 ммоль/л); изолированная гликемия натощак (выше 6,1 ммоль/л, после нагрузки — ниже 7,8 ммоль/л); сочетание нарушения толерантности к глюкозе и гликемия натощак (сахар натощак выше 6,1 ммоль/л и выше 7,8 ммоль, но не достигает 11,1 ммоль/л). При отсутствии профилактики сахарный диабет развивается у данной категории людей с большой долей вероятности. С 2011 года по рекомендациям ВОЗ утвержден новый критерий диагностики СД — уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) — это интегральный показатель, свидетельствующий о компенсации СД за последние три месяца. Он показывает, насколько глюкоза связана с гемоглобином: в норме HbA1c < 5,7%. При HbA1c 5,7 — 6,4% состояние пациента оценивается как риск развития СД (предиабет), а при значении HbA1c ≥ 6,5% правомочен диагноз СД. Основным недостатком метода остается его дороговизна.

Ожирение — основной фактор риска СД 2 типа. Доказано, что если индекс массы тела (соотношение массы тела к росту — ИМТ) превышает 25 кг/м² то риск развития СД крайне велик. Увеличение ИМТ на 1 единицу (около 2,7—3,6 кг) повышает риск развития диабета на 12,1%. Не всякое ожирение приводит к развитию СД, только абдоминальное.

Зная данные механизмы развития СД и воздействуя на них, можно предотвратить возникновение заболевания. Во-первых, воздействовать на инсулинорезистентность. С этой целью рекомендуется проводить коррекцию питания, изменение образа жизни, а также применять такие препараты, как метформин, глитазоны. Во-вторых, воздействовать на секрецию инсулина, путем ее усиления, особенно в раннюю фазу: назначают глиниды, инсулин. В-третьих, влияние на всасывание глюкозы и липидов в кишечнике — препараты акарбоза, орлистат. Изменение образа жизни, снижение веса, низкокалорийная диета, физическая активность — 150 мин упражнений в неделю снижают риск развития СД на 58%.

Акарбоза относится к лекарственным средствам, эффективно замедляющим всасывание глюкозы в желудке. Однако при использовании препаратов данной группы нередко наблюдаются развитие гипогликемии, прибавка массы тела, прогрессирующее снижение инсулинсекретирующей функции β-клеток поджелудочной железы, нефро-, гепато- и кардиотоксичность.

Последнее десятилетие ознаменовалось появлением новых препаратов для лечения СД 2 типа. Инкретины — гормоны желудочно-кишечного тракта, вызывают стимуляцию секреции инсулина сразу после приема пищи. Известно 2 инкретиновых гормона — глюкозозависимый инсулиноподобный полипептид (ГИП) и глюкагоноподобный пептид-1 (ГПП-1).

Рациональными комбинациями в лечении СД являются комбинации метформина с препаратами сульфамочевинны, иДПП, ГПП-1, базальным инсулином, глитазонами. Нерациональными комбинациями сахароснижающих пре-

паратов являются сульфаниламочевинны + глиниды; агонисты ГПП-1 + ингибиторы ДПП-4; 2 препарата сульфаниламочевинны; глитазон + инсулин; иДПП-4 + глинид и короткий инсулин + иДПП-4 или глинид или сульфамочевинны.

С появлением новых препаратов — инкретинов — изменилась стратегия ведения больных СД 2 типа. Лечение рекомендуется начинать с изменения образа жизни, коррекции питания и физических нагрузок. Одновременно назначают метформин или комбинацию метформина с ГПП — 1/ингибиторы ДПП — 4. Использование глитазонов несколько ограничено в связи с развитием на фоне их применения серьезных осложнений (острого коронарного синдрома, патологии печени, рака мочевого пузыря). Препараты сульфамочевинны и инсулин несколько «уступили» место инкретинам.

Вопрос: Влияет ли генетическая предрасположенность на эффективность лечения? Какова роль мочевой кислоты?

Ответ: Эффективность лечения зависит от многих факторов. Многочисленные научные работы, посвященные влиянию генетических факторов, показывают, что какова бы генетика не была, пациенты поддаются лечению, т.е. не наблюдается генетического сцепления с качеством и эффективностью лечения. Что касается мочевой кислоты, то она является фактором метаболических нарушений и риска развития СД.

Вопрос: Есть «сытые» и «голодные» страны. Где СД наблюдается чаще? Он поражает избирательно или «наступает» повсюду.

Ответ: СД наступает везде. Индия и Китай относятся к «голодным» странам. Они лидируют. Там чаще наблюдается развитие СД, т.к. бедный человек покупает высококалорийную дешевую пищу.

Вопрос: В первобытном обществе люди болели СД?

Ответ: Не могу с уверенностью утверждать, но есть теория, согласно которой инсулинорезистентность — это нормальный физиологический механизм, который возник эволюционно с целью сохранения жира и энергии. Люди употребляли мясо мамонта, а после этого голодали до следующей охоты. Таким образом, возникшая инсулинорезистентность позволяла сохранить запасы глюкозы и энергии в организме. Выжили те из древних людей, у кого инсулинорезистентность развилась. Сегодня инсулинорезистентность тоже существует, но у современного человека нет необходимости надолго сохранять энергию — доступность еды, малоподвижный образ жизни, поэтому механизм инсулинорезистентности «срабатывает» на патологические изменения.

Вопрос: Как влияют заболевания кишечника на развитие СД?

Ответ: Инкретины секретируются в дистальных отделах кишечника. Возможно, заболевания кишечника могут оказывать влияние на развитие СД.

Вопрос: В странах, где широко используют в лечении инкретины, изменилось ли отношение к инсулину?

Ответ: Инсулин всегда был и останется. Его нужно назначать и не поздно и не рано. Если нет эффекта от пероральных препаратов, то следует добавлять сначала базальный инсулин (длительного действия), затем короткий или смешанный действия.

Вопрос проф. П.А. Воробьева: Обсуждаются ли иммунные механизмы СД?

Ответ: При СД 1 типа — это основной механизм. При СД 2 типа даже если они есть, то они вторичны.

Вопрос: Какие взаимосвязи между С-пептидом и инсулином?

Ответ: Связь — прямая. С-пептид — это «кусочек», отщепившийся от эндогенного инсулина в процессе его образования. По его уровню можно судить о секреции инсулина.

Вопрос проф. П.А. Воробьева: Кто назначает препараты против СД? Терапия непростая.

Ответ: Эндокринологи, но терапевты тоже юридически могут назначать их.

Вопрос проф. П.А. Воробьева: Сколько специалистов по диабету в стране?

Ответ: Около 5 тыс. эндокринологов и других специалистов, которые юридически тоже могут назначать.

Вопрос: Диабетические школы создаются для терапевтов?

Ответ: Да, такие школы создаются. Существуют выездные бригады эндокринологов для проведения обучения врачей других специальностей. Но это не постдипломное образование. Существуют диабетические школы для медицинских сестер. Ведь во всем мире этим занимаются медсестры. В нашей стране — врачи. Это крайне тяжело. Поэтому у нас сейчас проводится пилотное исследование по обучению сестер. Школ диабета в стране более 1 тыс.

Вопрос: Особенности лечения СД у беременных?

Ответ: При СД 1 типа — только инсулин. При СД 2 типа — таблетированные препараты противопоказаны, поэтому используют также инсулин. Если это гестационный СД, то рекомендована диета с последующим переводом на инсулин.

ИнтерНьюс

В мире может наступить дефицит противоядия от укусов змей

Как предупреждает неправительственная международная организация «Врачи без границ», к следующему году в мире может наступить дефицит противоядия Fav-Afrique от укусов змей, поскольку производители прекратили его выпуск, а имеющиеся запасы подходят к концу.

В своем пресс-релизе организация предупреждает, что запасы противоядия будут исчерпаны в июне 2016 года. Производитель препарата — французская компания Sanofi Pasteur прекратила его выпуск и начала на этих линиях производство вакцины против бешенства.

По словам представителя Sanofi Pasteur, компанию вытеснили с рынка конкуренты, производящие более дешевые препараты. Он отметил, что компания предупредила о прекращении производства Fav-Afrique еще в 2010 году и заявила о готовности поделиться технологиями.

Ежегодно от укусов ядовитых змей в мире страдает около 5 млн человек. Из них 100 тыс. умирают. Для сотен тысяч людей укусы ядовитых змей являются причиной ампутаций конечности и потери трудоспособности. Курс лечения в среднем стоит 250—500 долл. (224,5—448 евро).

Источник: Фармэксперт

Ученые разработали имплантаты, притягивающие раковые клетки

Американские ученые разработали специальные имплантаты, способные притягивать к себе раковые клетки, циркулирующие в организме, сообщает BBC.

Исследователи надеются, что подобные изделия помогут врачам на ранних стадиях выявлять распространение опухоли. Пока изобретение опробовали лишь на мышцах.

Испытания показали, что эти имплантаты не позволяют отдельным раковым клеткам проникать в другие части организма, где могут развиваться другие опухоли, как бы «всасывая» их. Исследования опубликованы в журнале Nature Communications.

По данным британской благотворительной организации Cancer Research UK, девять из десяти случаев смерти от рака происходят именно из-за того, что опухоль распространяется на другие части организма.

Источник: Фармэксперт

Носимые устройства помогут фармкомпаниям ускорить разработку лекарств

Как сообщает агентство Bloomberg, фармацевтические компании все чаще применяют носимые устройства в клинических испытаниях с целью ускорения процесса. По данным агентства, в настоящее время проводится не менее 299 таких испытаний.

В частности, британская фармкомпания GlaxoSmithKline сотрудничает с компанией McLaren Applied Technologies. С помощью разработанного этой компанией устройства GSK отслеживает движение 25 пациентов с боковым амиотрофическим склерозом. По словам директора по разработкам GSK Пола Риса, участник клинического испытания носит на грудной клетке гаджет, измеряющий сердечный ритм, количество шагов, а также определяет уровень боли. Биометрические данные сохраняются на устройстве компании Mega Electronics, откуда они попадают на сервер, доступный GSK.

Бельгийская UCB применяет в своих исследованиях с участием пациентов с серьезными неврологическими нарушениями так называемую биомарку компании MC10. Этот девайс представляет собой гибкую плату с сенсорами на клейкой основе. Как отметил сооснователь MC10 Бен Шлатка, устройство можно наклеивать на любую часть тела.

Источник: Фармвестник

ВОЗ: 37 млн ВИЧ-инфицированных нуждаются в антиретровирусной терапии

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) заявила, что в антиретровирусной терапии нуждаются все ВИЧ-инфицированные, таким образом, лечение должны получить 37 млн человек во всем мире.

Согласно результатам проведенных ВОЗ клинических исследований, люди, которым был поставлен диагноз ВИЧ, сразу же должны начать принимать антиретровирусные препараты, так как ранний курс лечения значительно увеличивает продолжительность жизни больных вирусом и снижает риск его передачи. Ранее такой вид терапии при ВИЧ-инфекции применялся в лечении только 28 млн человек.

Помимо этого, ВОЗ порекомендовала людям, подвергающимся «существенному риску» при контактах с зараженными инфекцией, также принимать противовирусные препараты для профилактики.

Ранее глава Роспотребнадзора Анна Попова во время гражданского форума БРИКС привела статистику, согласно которой распространенность ВИЧ среди взрослых от 15 до 49 лет (то есть наиболее социально значимой части населения) в России составляет 0,8%.

Источник: РИА «Новости»

Начало на стр. 4 ↗

хронической усталости, менинго-энцефалит, асептический менингит, лихорадка неустановленной этиологии); герпес 8-го типа (саркома Капоши у ВИЧ-серонегативных людей, саркома Капоши, ассоциированная с ВИЧ-инфекцией и СПИДом).

Существуют специальные методы обследований, это подсчет атипичных мононуклеаров в общем анализе крови, определение IgM-антител к герпесвирусам в сыворотке крови, определение титров IgG-антител, определение avidности IgG-антител, выявление генов герпесвируса в крови, моче, слюне методом ПЦР, исследование иммунного статуса, определение чувствительности лимфоцитов к иммуномодуляторам, исследование интерферонового статуса.

Клинические симптомы и синдромы герпесинфекции у детей: общая интоксикация и лихорадка; шейный лимфаденит; тонзиллит; наложения на миндалинах; заложность носовых ходов; гепатоспленомегалия, гепатиты; везикулезные высыпания (кожа, слизистые ротоглотки и гениталии); мелкопятнистые папулезные сыпи; обструктивные бронхиты; стоматиты; интерстициальные пневмонии.

Традиционно в подход к лечению герпетических инфекций входят три составляющих, это аномальные нуклеозиды, гипериммунные гаммаглобулины; иммунотропные препараты; симптоматическая терапия. Цель лечения состоит в супрессии до уровня, позволяющего макроорганизму максимально выполнить все основные жизненные функции — рост, развитие физическое и умственное, иммунитет, репродуктивная способность.

Клинико-лабораторные показатели активности ГВИ, требующие применения аномальных нуклеозидов и иммуномодуляторов: максимум клинических проявлений (интермиттирующая лихорадка, интоксикация, поражения кожи и слизистых, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия и др.) и лабораторные тесты (высокие титры IgG-антител,

обнаружение IgM-антител, атипичные мононуклеары, геномы ГВ в крови и моче в ПЦР, определение антигенов ГВ в лимфоцитах).

Рассмотрен случай: Большой Ш., 14 лет. Диагноз: острый энцефаломиелит. Поступил с жалобами: слабость, головная боль, онемение языка и левой части лица, речевые нарушения. Симптомы: субфебрилитет, непостоянный горизонтальный нистагм, лимфоаденопатия. Лабораторные данные: общий анализ крови — норма, ликвор — норма, серология — IgG-ат к ВГЧ-5 — 420 (N-20), ПЦР — геном ВГЧ-5 в моче. Назначено лечение: цимевен 10 мг/кг/сут 2 недели.

Для клинической практики, при значительной или умеренной репликативной активности вирусов необходимо применять зовиракс, валацикловир, ганцикловир; иммуномодуляторы (бифидумбактерин форте, циклоферон, ликолипид, полиоксидоний); симптоматическая терапия (гипосенсибилизирующая, антибиотики). В период реконвалесценции, в неактивной фазе: циклоферон, виферон, ликолипид.

Вопрос: Чем герпесвирусная инфекция у взрослых отличается от детей?

Ответ: Она отличается еще меньшей выраженностью клинических проявлений. У взрослых это чаще всего хронические формы.

Вопрос: Насколько интоксикация высока у детей?

Ответ: Интоксикация выражена, когда и другие клинические проявления имеют место быть (это вялость, отечность горла и др.)

Вопрос проф. П.А. Воробьева: Когда нужно заниматься диагностикой? Как заподозрить инфекцию?

Ответ: Если мы говорим о женщинах, то прямым показанием является факт беременности. Нужно обязательно обследовать беременных женщин. Любой хронический процесс требует последовательного и планового исключения герпесвирусной инфекции.

Вопрос: Как часто язвенный колит связан с инфекцией?

Ответ: Обнаруживают — да, а как часто — до 10%.

ИнтерНьюс

Новая методика позволяет дистанционно «зашивать» раны внутри тела

Для закрытия ран в организме обычно требуется хирургическое вмешательство — сшивание тканей в процессе операции, однако в некоторых местах наложить швы крайне трудно. Исследователи из Гарвардского университета под руководством Эллен Роше (Ellen T. Roche) придумали новую технику, которая может заменить традиционные швы и подходит даже для труднодоступных частей тела. Этот подход, как считают разработчики, гораздо менее инвазивен, травматичен и более легок в применении, чем наложение швов.

В методе используются катетер, два баллона и биodeградируемый полимерный пластырь-заплатка. Баллоны, доставленные к нужному месту с двух сторон, надувают, и они, расширяясь, прижимают заплатку к ткани. Последующее воздействие ультрафиолетового освещения «приклеивает» заплатку к месту повреждения. Затем исследователи сдувают баллон и выводят их из организма, оставляя заплатку вместо шва.

Ученые смогли проверить новую технику на живых крысах, результаты были минимальное воспаление и выживание всех животных. Был исправлен и сложный дефект перегородки в бьющихся сердцах свиней. Наконец, разработку использовали и для герметизации язв желудка и брюшных грыж у свиней *ex vivo*. По-видимому, новую стратегию можно считать универсальной для избавления от подобных повреждений.

Источник: Медпортал

Найдены генетические причины здоровых легких у курильщиков

Данные проекта UK Biobank, в котором собраны истории заболеваний и генетические данные 50 тыс. англичан-добровольцев, помогли ученым объяснить, почему некоторые курильщики не имеют патологий легких, несмотря на долгие годы курения. Совет по медицинским исследованиям (Medical Research Council) пришел к выводу, что у некоторых людей есть мутации ДНК, благоприятно сказывающиеся на легких и смягчающие последствия курения.

У многих, но далеко не всех курильщиков, развивается хроническая обструктивная болезнь легких: они задыхаются, их мучают кашель и постоянные инфекции нижних дыхательных путей, они подвержены бронхитам и эмфиземе. ХОБЛ диагностируется и у некоторых некурящих людей. Сравнение людей с ХОБЛ и без, а также курильщиков и некурящих, ученые обнаружили фрагменты ДНК, сокращающие риск ХОБЛ.

Один из авторов исследования профессор Мартин Тобин (Martin Tobin) объясняет, что упомянутые гены влияют на рост и регенерацию ткани легких. Однако он подчеркивает, что это не волшебная палочка, и легкие курильщиков с «хорошими генами» все равно были бы более здоровыми, если бы те не курили. Поэтому лучшей защитой от ХОБЛ по-прежнему остается прекращение курения.

Полученные результаты были представлены на съезде Европейского респираторного общества (European Respiratory Society) и опубликованы в журнале Lancet Respiratory Medicine.

Источник: Медпортал

В Британии будут рожать после пересадки матки

Власти Великобритании в сфере здравоохранения (Health Research Authority) одобрили первые клинические испытания по трансплантации матки, которые начнутся весной. Некоторые женщины — одна на 7000 — рождаются без этого органа, другие — теряют его вследствие перенесенного онкологического заболевания. Если эксперимент пройдет удачно, то первый британский ребенок, родившийся после пересадки матки, может появиться на свет в начале 2018 года.

Участницами эксперимента смогут стать 10 женщин в возрасте до 38 лет включительно, имеющие постоянного сексуального партнера и без лишнего веса. Из 300 женщин, изъявивших желание участвовать в проекте, по всем критериям подошли 104.

Планируется, что операция по пересадке матки будет занимать около 6 часов. Донорский орган будут забирать у пациентов, у которых врачи констатируют смерть мозга — то есть их сердце еще будет биться. В этом, как говорят британские врачи, их операции будут отличаться от шведских, когда донорами становились живые женщины. Потом, после года наблюдения за состоянием женщины, ей выполнят процедуру искусственного оплодотворения — ЭКО. При родах врачи будут делать ей кесарево сечение.

После родов матку женщине можно будет удалить — это надо, чтобы избавить ее от необходимости пожизненно принимать иммунодепрессанты.

В октябре прошлого года в Швеции женщина впервые в мире родила ребенка после пересадки матки.

Источник: Доктор Питер

Когда-то круг профессиональных обязанностей человека, посвятившего себя медицине, не ограничивался соблюдением стандартов оказания медпомощи и поминутного тайминга приема пациентов — не дай бог на минуту больше! Многие молодые люди, поступающие в медвузы сегодня (а теперь там учат не только лечить, но и зарабатывать деньги, ведь медицина теперь — это бизнес), с трудом могут представить, что можно лечить пациентов, не подвергаясь постоянным проверкам страховых компаний, ничего не зная о тарифах, не вступая в неформальные отношения с представителями фармкомпаний, не калькулируя в уме размер стимулирующей надбавки и не имея представления о бюджете лечебного учреждения.

Конечно, и в незамутненные рыночными отношениями времена были врачи, которые работали, так сказать, не совсем за идею. Были и те, кто совершал ошибки, халатно относился к работе или просто плохо учился в институте. Но на престиже профессии в целом все это мало сказывалось: его постоянно «подсвечивали» настоящие звезды — ученые-энтузиасты, подвижники, идеалисты, работавшие как раз за идею. Такие люди шли в медицину раздвигать рамки возможного.

Одной из ярких звезд большого советского научного стиля в медицине была Зинаида Виссарионовна Ермольева. Выдающийся советский ученый-микробиолог и эпидемиолог, создатель первого антибиотика в СССР, академик, действительный член АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР — перечисление этих званий (когда-то очень важных и почетных), присвоенных не существующими уже организациями канувшей в лету страны обычно перепечатывают из одной статьи в другую. С каждым годом публикаций все меньше...

Как и многие другие имена, которые были известны чуть ли ни каждому советскому школьнику, сегодня имя Зинаиды Виссарионовны оказалось практически забытым. Знают его только специалисты, а ведь когда-то про нее писали книги, ставили пьесы. Советский писатель Вениамин Каверин (бывший ей деверем) взял ее образ за основу, когда работал над героиней трилогии «Открытая книга» доктором Татьяной Власенковой; Ермольева была прототипом доктора Световой из пьесы Александра Липовского «На пороге тайны». Сделанные ученым открытия по сей день не утратили значения для практического здравоохранения, да и сложившиеся обстоятельства немного иначе, могли бы потянуть на Нобелевскую премию.

В биографии Зинаиды Виссарионовны было настолько много абсолютно невероятных, тяжелых, связанных с рис-

ком для ее жизни и риском для всей страны моментов, что в голове современного человека не укладывается не только, как одна молодая женщина могла сделать целый ряд принципиальных прорывов в науке, но и просто, как ей удалось

Зинаида Ермольева: на пороге эры антибиотиков

Галина Паперная



выжить в предложенных судьбой обстоятельствах. Зинаида Ермольева была невероятно удачливым ученым, но самый плодотворный период ее научной карьеры пришелся на сталинские репрессии (отнявшие у нее сначала одного, а потом и второго мужа) и Великую Отечественную войну.

Вальс с холерой

Меньше ста лет назад смерть от холеры не была особой редкостью. Выпускница гимназии в Новочеркасске Зинаида Ермольева узнала о подробностях страшной смерти своего любимого композитора Чайковского незадолго до выпускного бала, где она танцевала под «сентиментальный вальс», который очень любила. Классический сюжет про девушку и

Одной из ярких звезд большого советского научного стиля в медицине была Зинаида Виссарионовна Ермольева.

Продолжение на стр. 6 ↗

ИнтерНьюс

Российские ученые придумали новый транспорт для лекарств

Ученые из Института органической химии имени Зелинского сравнили модели доставки лекарств на основе ионных жидкостей и разработали новую концепцию доставки API-IL, которая позволяет создавать препараты двойного действия.

Исследование опубликовано в журнале ACS Medicinal Chemistry Letters.

Все основные процессы в живом организме происходят в водных растворах, поэтому для эффективной работы лекарственного препарата необходимо, чтобы он растворялся в воде.

Одна из проблем использования в качестве лекарств твердых веществ заключается в их полиморфизме — способности формировать различные кристаллические структуры. Проблему кристаллических полиморфов можно избежать, используя жидкие лекарственные препараты, что делает терапию более надежной и предсказуемой.

Один из способов эффективно растворять твердые вещества в воде — превратить их в ионы. Превращение даже плохо растворимого вещества в соль зачастую существенно улучшает его растворимость.

Авторы новой работы изучили три способа ввода активных фармацевтических ингредиентов в ионные жидкости: 1) в качестве аниона или катиона (ионная связь); 2) с помощью ковалентной связи; 3) с одновременным использованием ионных и ковалентных связей.

Рассмотренный учеными способ модификации фармакологических веществ обладает такими преимуществами, как настраиваемая гидрофобность/липофильность, ионное «ядро», позволяющее контролировать прочность ионной связи, и варибельный линкер для регулирования расстояния между ионным «ядром» и активным ингредиентом.

В экспериментах в качестве модельного лекарственного средства ученые использовали салициловую кислоту. Ее молекулы были введены в ионные жидкости, после чего были исследованы растворимость и биологическая активность по отношению к фибробластам человека и клеткам колоноRECTальной аденокарциномы. В ходе эксперимента салициловая кислота сохранила свою активность в составе ионной жидкости и показала более высокую растворимость в воде по сравнению с чистой салициловой кислотой.

По мнению авторов, их исследование подтверждает преимущества использования созданной учеными концепции API-IL (API — active pharmaceutical ingredient; IL — ionic liquid) в фармацевтике. Также отмечаются доступность и разнообразие возможных комбинаций молекул. В настоящее время весьма перспективным направлением является производство ионно-жидких препаратов «двойного действия», несущих два различных активных фармацевтических ингредиента. Этот подход позволит разработать комплексные методы лечения, направленные на устранение сразу нескольких причин патологий.

Источник: ТАСС Чердак

«Нобелевские» исследования починки ДНК помогут бороться с раком

Лауреат Нобелевской премии Томас Линдол считает, что открытые им и его коллегами системы починки ДНК в клетках помогут в будущем найти ключ к уничтожению раковых клеток, использующих их для защиты от радиотерапии и иммунной системы.

«Когда я изучал свойства ДНК десятилетия назад, я обнаружил, что ДНК неожиданно оказалась менее стойкой и постоянной, чем мы считали, и что ее нити постоянно повреждаются той средой, в которой мы живем. Это означало, что в клетках присутствуют механизмы, исправляющие эти неизбежные поломки в ДНК», — объяснил журналистам ученый.

По словам Линдола, подобные механизмы являются своеобразной палкой о двух концах — они одновременно защищают нас от последствий поломки ДНК и развития рака и при этом делают раковые клетки практически неуязвимыми к действию радиации, химикатов и клеток иммунной системы, защищая их геном от фатальных повреждений. Поэтому отключение этого механизма в раковых клетках может сделать их более уязвимыми для действия лекарств и иммунитета.

«Нам нужно найти механизм, который бы избирательно подавлял починку ДНК в раковых клетках. Кроме того, мы можем создать лекарства, которые бы стимулировали работу этого механизма в здоровых клетках, и защищали бы их от превращения в раковые опухоли», — заявил Линдол.

Каждый день в каждой клетке нашего организма происходит по 10–20 тысяч мелких поломок в ДНК, которые приводят к разрыву ее спиралей. На эти поломки реагирует целый комплекс белков и сигнальных молекул, которые распознают их, оценивают возможность починки, соединяют разорванные нити или подают сигнал на самоликвидацию клетки.

Линдол и его американские коллеги Пол Модрич и Азиз Санкар стали лауреатами Нобелевской премии 2015 года по химии благодаря открытию трех различных механизмов, которые клетки используют для исправления разрывов в ДНК, порождаемых ультрафиолетовыми лучами, канцерогенами и агрессивными молекулами в цитоплазме клеток, а также просто «опечатками» при копировании хромосом.

Исследования Линдола, Модрича и Санкара показали, что в клетке есть сразу несколько инструментов различной степени «точности» и «тяжести», которые позволяют заменять или отдельные «буквы» (так называемая прямая замена), или короткие цепочки, содержащие в себе несколько поврежденных нуклеотидов (так называемое «вырезание»), или же восстановление почти полной цепочки ДНК по второй нити при помощи белка RecA.

Сегодня изучение этих механизмов, помимо их очевидной связи с раком и генетически обусловленными болезнями, поможет, как надеются ученые, понять, как их можно использовать для подавления бактериальных инфекций или продления жизни человека путем снижения частоты поломок в ДНК.

Источник: РИА Новости

Начало на стр. 5 ↗

смерть получил развитие, когда она в 1921 году поступила на медицинский факультет Донского университета. И практически сразу стала уделять особое внимание микробиологии. Уже в 1922 году она в Ростове-на-Дону принимает участие в ликвидации эпидемии холеры. К тому времени уже известен и изучен возбудитель этой болезни — классический холерный вибрион, уже есть гипотезы, что это не единственный возбудитель. Ермольева твердо решила разобраться в механизмах заражения и протекания болезни.

Она провела большое количество лабораторных опытов и пришла к выводу, что необходим самый опасный опыт — эксперимент с самозаражением холерой (существует подробный дневник, который микробиолог вела во время болезни). Надо сказать, что в те годы многие шли на риск опытов на себе, не все, впрочем, выживали. Так погиб, например, от переливания себе в качестве эксперимента несовместимой крови создатель Института переливания крови А.А. Богданов.

В протоколах Зинаиды есть такая запись: «Опыт, который едва не кончился трагически, доказал, что некоторые холероподобные вибрионы, находясь в кишечнике человека, могут превращаться в истинные холерные вибрионы, вызывающие заболевание». Это было ее первое важное научное открытие.

Ермольевой удалось выделить и изучить светящийся холерный вибрион, который впоследствии назвали ее именем. Разгадать природу этого явления было для нее важнейшим делом. В 1925 году в Москве Ермольева организовала первую в нашей стране лабораторию биохимии микробов. В 1939-м, во время холеры в Афганистане, она с группой ученых-медиков была командирована в Среднюю Азию, чтобы предотвратить распространение эпидемии на территорию советского государства. Там она впервые в профилактических целях использовала созданный ею новый препарат — холерный бактериофаг. Важную роль сыграл и другой практический результат лабораторных экспериментов — метод экспресс-диагностики холеры. В этот период Зинаида Виссарионовна работала в Ташкентском институте вакцин и сывороток, где ей удалось создать комплексный бактериофаг, соединив 19 видов «пожирателей» микробов.

Трудно переоценить ту роль, которую сыграло это изобретение во время Великой Отечественной войны. В 1942 году, когда в Сталинграде стали собираться эвакуированные, Ермольева была отправлена в город для предотвращения эпидемии холеры. В Сталинграде было налажено производство холерного бактериофага в полевых условиях, в непосредственной близости от театра военных действий. До 50 тыс. солдат и офицеров Советской армии принимали фаги в профилактических целях ежедневно.

Слезы и плесень

Появление первого советского антибиотика сопровождалось слезами.

Зинаида Ермольева мечтала открыть «живую воду», как она говорила, которая смогла бы лечить раны и препятствовать развитию заражения крови у раненых. Первая статья о веществе лизоцим, которое есть в организме человека, вышла в 1922 году. Ее опубликовал знаменитый английский ученый Александр Флеминг после того, как выделил из слез человека естественное бактерицидное вещество. Ермольева загорелась продолжить эти исследования. И эта ее работа тоже увенчалась успехом: она смогла не только получить лизоцим из слез (плакать пришлось сотрудникам института, где она работала в то время), но и выделить его из хрена и яичного белка. Вскоре стало понятно, что лизоцим есть во всех тканях организма. Новое лекарство стали применять в хирургии, и с хорошими для того уровня развития науки результатами. В то время как раз тяжело заболел «всесоюзный староста» Михаил Калинин. Профессор Авербах, которому доверили делать операцию, в качестве профилактического средства применил лизоцим. По тем временам это было большой смелостью, но препарат Ермольевой испытание выдержал с честью.

В 1929 году Александр Флеминг выпускает новую сенсационную статью, где излагает результаты своих экспериментов с плесневыми грибами — их бактерицидные свойства оказываются намного сильнее, чем у лизоцима. Это было открытие антибиотиков. Вслед за этой публикацией фокус научного поиска Зинаиды Ермольевой смещается в сторону плесени.

Ермольевой удалось выделить и изучить светящийся холерный вибрион, который впоследствии назвали ее именем.

В 1942 году профессор Ермольева впервые в СССР смогла синтезировать препарат пенициллин-крустозин — первый антибиотик в нашей стране...

В 1942 году профессор Ермольева впервые в СССР смогла синтезировать препарат пенициллин-крустозин — первый антибиотик в нашей стране, то есть всего на год позже своего английского коллеги профессора Оксфордского университета Говарда Флори. Они были знакомы, несколько раз лично встречались, и, когда стало известно, что группа Ермольевой уже начала промышленное производство пенициллина, чтобы сравнить результаты, Флори привез в Москву аналогичный препарат собственного изготовления. Сравнение качества двух пенициллинов оказались в пользу советских ученых: 28 единиц против 20 в 1 мл. Результаты клинических испытаний подтвердили более высокое качество отечественного антибиотика. Это были совершенно особенные клинические испытания — на фронте, в условиях реальных боевых действий. Группа врачей под руководством Николая Ниловича Бурденко — в нее входила и Зинаида Виссарионовна — объезжали госпитали, в которые поступали раненые с передовой, и лечили, лечили, лечили.

После войны (1945—1947) Зинаида Ермольева — директор Института биологической профилактики инфекций.

В 1947 году на базе этого института был создан Всесоюзный научно-исследовательский институт пенициллина (позже его переименовали во Всесоюзный научно-исследовательский институт антибиотиков), позже она завела отделом экспериментальной терапии. Одновременно с 1952 года и до конца жизни возглавляла кафедру микробиологии и лабораторию новых антибиотиков Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российская медицинская академия последиplomного образования).

Обратная сторона медали

Заслуги Зинаиды Ермольевой были признаны и отмечены на самом высоком уровне. В 1943 году она совместно со своей многолетней коллегой и соратницей Лидией Михайловной Яковсон получила за работу над антибиотиками Сталинскую премию. Все деньги лауреаты передали в фонд обороны страны для строительства самолета. На эти деньги был построен истребитель, на борту которого была надпись «Зинаида Ермольева».

Будучи еще молодым ученым Ермольева занимала руководящие должности, многократно выезжала за границу, общалась с западными коллегами, во второй части своей жизни представляла СССР во Всемирной организации здравоохранения, да что там — она пользовалась доверием самого вождя народов! Существуют воспоминания о том, что Сталин любил называть Зинаиду Виссарионовну «сестренкой» и много шутил по поводу одинакового отчества. Казалось бы жизнь и карьера сложились на редкость удачно.

Только после развенчания культа личности стало известно и о другой стороне жизни прославленного советского ученого. В 1937 году был репрессирован первый муж Зинаиды Ермольевой известный бактериолог, борец с чумой и энцефалитом, гениальный ученый Лев Зильбер. Они поженились в 1928 году, а в 1929 его на конкурсной основе утвердили директором Азербайджанского института микробиологии и одновременно профессором, заведующим кафедрой микробиологии медицинского факультета Бакинского университета. В 1930-м — первый арест. В 1935 году брак двух ученых распался, но не дружба и взаимное признание заслуг перед наукой. По доносу коллеги, как это часто тогда случалось, Зильбера забрали, с 1937 по 1939 он провел в тюрьмах на Лубянке. Его выпустили на год, но в 1940-м опять посадили по тому же доносу, на этот раз он оказался за Полярным кругом в ПечорЛАГе. Ученого освободили только в 1944 году, чему немало поспособствовала Ермольева. Она организовывала написание писем крупнейшими специалистами страны, она лично просила за него самого Сталина. В истории осталось три таких «удовлетворенных прошения»: Зинаиды Виссарионовны за Зильбера, Петра Капицы за Ландау и Суламифь Мессерер за свою сестру — мать Майи и Азария Плисецких.

А в 1940-м посадили и второго мужа Зинаиды Виссарионовны, микробиолога Алексея Александровича Захарова, в том же году он умер в тюремной больнице. На этом ее семейная жизнь закончилась.

Ермольева автор более 500 научных работ и 6 монографий. Под ее руководством подготовлено и защищено около 180 диссертаций, в том числе 34 докторские. С 1956 года и до конца своей жизни Ермольева возглавляла Комитет по антибиотикам, была главным редактором журнала «Антибиотики» и членом редколлегии международного «Журнала антибиотиков», издаваемого в Токио.

Зинаида Виссарионовна Ермольева скончалась 2 декабря 1974 года. Похоронена на Кузьминском кладбище в Москве.

Только после развенчания культа личности стало известно и о другой стороне жизни прославленного советского ученого.



Георгий Андреевич, как сегодня законодательство формулирует понятие паллиативной помощи и определяет ее источники?

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Так говорит статья 36 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Георгий Новиков: «Паллиативная помощь ассоциируется с онкологическими больными — это самое распространенное заблуждение»

По оценкам ВОЗ, ежегодно в паллиативной медицинской помощи нуждаются около 40 млн человек, 78% из них проживают в странах с низким и средним уровнем доходов. Получают такую помощь около 14% нуждающихся.

Серьезным препятствием для улучшения доступа к паллиативной помощи в России является отсутствие подготовки и информированности работников здравоохранения. 10 октября отмечается Всемирный день хосписной и паллиативной помощи, в преддверии этой даты медицинский обозреватель Ирина Власова поговорила о насущных проблемах этого направления здравоохранения с председателем правления Российской ассоциации паллиативной медицины, доктором медицинских наук, профессором Георгием Новиковым.

В Российской Федерации, как и в большинстве стран мира, паллиативная медицина начала становление в середине 80-х годов прошлого столетия, существуя «де-факто» на базе ведущих онкологических научных центров страны. С начала 90-х паллиативная помощь онкологическим больным в России оказывалась амбулаторно в кабинетах противоболевой терапии, стационарно — в хосписах и отделениях паллиативной помощи. Но только после вступления в силу Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нового вида медицинской помощи: «паллиативная медицинская помощь», стал осуществляться комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания неизлечимо больных граждан. Бесплатное оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях предусмотрено Программой государственных гарантий за счет финансовых средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

На практике не только пациенты, но и медики говорят о паллиативной помощи как о медицинской помощи онкологическим больным...

В настоящий момент создана необходимая нормативно-правовая база для организации и развития системы паллиативной медицинской помощи в РФ.

Вместе с тем у большинства наших сограждан до сих пор паллиативная медицинская помощь ассоциируется с онкологическими больными и хосписами — это самое распространенное заблуждение.

Можно ли сравнить количественно российскую потребность в паллиативной помощи в онкологии и в других сферах здравоохранения?

Согласно данным Росстата, в России ежегодно от заболеваний умирают почти 1,7 млн человек, из них от новообразований — около 300 тыс. и от неонкологических заболеваний — 1,4 млн человек. В связи с отсутствием отечественного регистра неизлечимых больных, и основываясь на статистических расчетах авторитетных зарубежных исследований, потребность в паллиативной медицинской помощи варьируется от 37,4 до 89% всех умирающих больных, из которых 1/3 онкологических и 2/3 неонкологических. В этой связи можно предположить, что в России их численность примерно составляет 260 000 и 520 000 больных соответственно, и есть основания полагать, что реальные цифры — около 1 млн. В настоящее время паллиативную медицинскую помощь неонкологические больные могут получить, как правило, только в ряде регионов РФ, имеющих центры, больницы и отделения паллиативной медицинской помощи.

Это помощь оказываемая хосписами?

Анализ международного опыта показывает, что далеко не всем неизлечимым пациентам и преимущественно онкологическим больным паллиативная медицинская помощь оказывается в хосписах. Подавляющее большинство пациентов с неонкологическими заболеваниями получают

этот вид медицинской помощи в стационарных отделениях многопрофильных больниц и госпиталей, огромный вклад вносят патронаж этих пациентов и домашний уход.

В Российской Федерации в связи с различием субъектов по географическим, демографическим и экономическим показателям не представляется возможным организовать систему паллиативной медицинской помощи по единой модели. Необходимо индивидуализировать подход к организации региональной модели паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ с учетом ее равнозначной доступности для населения.

Анализ сложившейся ситуации позволяет предложить два типа региональных моделей для субъектов РФ с народонаселением до 2 млн человек — 58 субъектов и более 2 млн человек — 27 субъектов. Очевидно, что внедрение предлагаемых региональных моделей системы паллиативной медицинской помощи позволит в каждом субъекте РФ оказывать эффективную паллиативную медицинскую помощь на условиях равной доступности, независимо от места проживания и экономической ситуации в регионе.

Еще один болезненный для системы здравоохранения вопрос: все ли медики обучены оказанию такой помощи в соответствии с современными возможностями и требованиями? Иногда кажется, что есть уже и нормативная база, и препараты стали более доступными, но «телега» так и не хочет двигаться с места.

Огромное значение в развитии системы паллиативной медицинской помощи является подготовка кадров, в первую очередь, повышение квалификации всех медицинских работников в вопросах, относящихся к паллиативной медицине.

Первый в России курс паллиативной помощи был открыт в феврале 1999 года при кафедре онкологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, и за 12 лет работы было обучено 1433 специалиста, занятых оказанием паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ, преимущественно онкологическим больным.

Высока потребность в подготовке квалифицированных педагогических и медицинских кадров для развития системы паллиативной медицинской помощи. Первая в России кафедра паллиативной медицины была создана в феврале 2013 года на факультете дополнительного профессионального образования Московского медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Учитывая необходимость подготовки квалифицированных кадров для медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в субъектах РФ, очевидна необходимость создания курсов и кафедр во всех медицинских вузах страны.

Какие есть возможности для самообразования врачей? Какими технологиями на практике должен врач владеть?

В настоящее время существует необходимая отечественная литература, в которой изложены основные организационно-методологические аспекты паллиативной медицинской помощи, адаптированные к условиям отечественного здравоохранения. В 1996 году в России был зарегистрирован и регулярно издается научно-практический журнал «Паллиативная медицина и реабилитация», входящий в список Высшей аттестационной комиссии.

В этой связи представляется целесообразным рассмотрение вопроса о создании научной специальности «паллиативная медицина», задачами которой являлись бы теоретическое обоснование и практическая разработка комплекса медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимых больных.

Арсенал средств и методов паллиативной медицинской помощи обязательно должен включать в себя инструментальные и неинструментальные методы: малоинвазивная хирургия (стомирование, реканализация, стентирование), респираторная поддержка (с режимами вспомогательной вентиляции легких), детоксикация (фотодинамическая терапия (наружная и эндоскопическая), регионарное обезболивание (с использованием портов, помп и дозаторов), нутритивная поддержка (в том числе с использованием помп).

По инициативе представителей медицинского сообщества, занятых в сфере оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ, в июне 2012 года создана Российская Ассоциация паллиативной медицины.



...у большинства наших сограждан до сих пор паллиативная медицинская помощь ассоциируется с онкологическими больными и хосписами — это самое распространенное заблуждение.

...огромный вклад вносят патронаж этих пациентов и домашний уход.

В этой связи представляется целесообразным рассмотрение вопроса о создании научной специальности «паллиативная медицина», задачами которой являлись бы теоретическое обоснование и практическая разработка комплекса медицинских вмешательств...

ИнтерНьюс

Ученые нашли гены, управляющие длительностью половой жизни женщин

Британские генетики открыли четыре дюжины участков ДНК, от работы которых зависит время наступления климакса у женщин, и выяснили, что забота об их состоянии может помочь дамам максимально продлить свою половую жизнь.

Медики открыли несколько десятков участков ДНК, от работы которых зависит время наступления менопаузы, и выяснили, что забота об их состоянии может помочь женщинам максимально продлить их половую жизнь, говорится в статье, опубликованной в журнале Nature Genetics.

«Сегодня многие женщины предпочитают заводить детей в зрелые годы жизни, однако у них часто возникают проблемы с зачатием из-за того, что фертильность их яйцеклеток начинает заметно падать уже за 10 лет до наступления менопаузы. Наше исследование показывает, почему это происходит, и мы надеемся, что оно поможет женщинам в будущем избежать раннего наступления климакса», — заявила Анна Мюррей (Anna Murray) из университета Эксетера (Великобритания).

Мюррей и ее коллеги раскрыли генетические корни времени наступления менопаузы, изучив и сопоставив геномы почти 70 тысяч женщин европейского происхождения, живущих в самых разных уголках мира.

Сопоставив время наступления менопаузы у них с тем, как работали их гены, связанные с развитием яйцеклеток и поддержанием их «заготовок» в здоровом состоянии, авторы статьи обнаружили, что время наступления менопаузы определяется одной простой вещью, о которой ученые подозревали достаточно давно, но не могли доказать.

По словам Мюррей, длительность половой жизни женщины зависит по большей части только от того, насколько хорошо ее организм защищает себя и яйцеклетки от повреждения ДНК.

Источник: РИА Новости

Стимуляция нервов в жировой ткани заставляет человека худеть

Медики из Португалии разработали остроумный способ похудения — они выяснили, что принудительное «включение» определенных нервов в жировой ткани приводит к тому, что ее клетки начинают разлагать и сжигать жир, говорится в статье, опубликованной в журнале Cell.

«Полученные нами результаты дают новую надежду на то, что мы сможем бороться с проблемой снижения чувствительности мозга некоторых людей к лептину, что является одной из причин развития ожирения. Кроме того, это открытие позволило нам понять, как данный гормон управляет сжиганием жира в нормальных ситуациях», заявила Ана Домингос (Ana Domingos) из института науки Гюльбенкяна в Оэйраше (Португалия).

Как объясняет Домингос, сегодня большинство ученых пытаются заставить наше тело сбросить лишний вес опосредованным образом, используя те гормоны, которые оповещают мозг о том, что тело получило достаточное количество энергии во время очередного приема пищи, или о том, что масса жира превысила или упала до некой критической отметки.

Одним из них является лептин — вещество, одновременно играющее роль гормона голода и своеобразного «датчика жира», который оповещает мозг о необходимости повысить или понизить массу жировой ткани. По словам авторов статьи, ученые хорошо знали о функции данного гормона, но не то, как он действует на организм.

Наблюдая за работой этого гормона в организме мышей, Домингос и ее коллеги раскрыли две необычные вещи, которые позволяют фактически напрямую управлять процессом сжигания калорий в организме.

Оказалось, что жировая ткань содержит в себе большое количество нервных волокон, которые реагируют на молекулы лептина и передают сигнал об их присутствии в мозг. У полных людей передача этого сигнала, по всей видимости, нарушена, и мозг не отправляет назад сигнал, который бы заставлял эти «лептиновые» нейроны испускать молекулы, заставляющие клетки жировой ткани разлагать жир.

Как показали эксперименты португальских биологов, это можно сделать принудительным образом — когда они «включили» данные нервные клетки при помощи света, жировая ткань крыс начала быстро разрушать саму себя. По мнению Домингос, ничто не мешает найти способ осуществить то же самое и в жировой ткани человека.

Источник: РИА Новости

Анонс предстоящих событий

**XVIII Ежегодный европейский конгресс
Международного общества
фармакоэкономических исследований
и оценки результатов (ISPOR),
7—11 ноября 2015 года**

Конгресс объединяет менеджеров здравоохранения, специалистов в области экономики здравоохранения, исследователей, представителей фармацевтического бизнеса, это уникальная школа современного управления в системах здравоохранения. Предстоящий Конгресс планируют посетить около 5000 участников.

Участники Конгресса смогут прослушать короткий курс по фармакоэкономике на английском языке. Организацией участия российской делегации занимается МОО «Общество фармакоэкономических исследований». Крайний срок подачи заявок на включение в состав российской делегации: 10 сентября 2015 года.

Контактное лицо:

Директор по экономике МОООФИ
Воробьев Андрей Павлович:
Andrey.vorobiev@rspor.ru

Место проведения:
Милан, Италия.

* * *

**I Московский Городской Съезд педиатров
«Трудный диагноз в педиатрии»,
16—17 ноября 2015 года**

Съезд организован в рамках ежегодного цикла мероприятий по направлению «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение».

Задачей Съезда является повышение качества и доступности оказываемой врачами-педиатрами всех учреждений здравоохранения медицинской помощи, в том числе специализированной, за счет расширения их медицинских знаний по всем направлениям педиатрии, проведения многопрофильных проблемных дискуссий и мастер-классов ведущих педиатров России.

В рамках научной программы будут обсуждаться наиболее актуальные вопросы современной педиатрии, возможности диагностики, лечения и профилактики с учетом достижений фундаментальной науки.

Организаторы: Правительство Москвы, Департамент здравоохранения города Москвы и ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Одной из новаций I Московского Городского Съезда педиатров будет представление педиатрических лечебно-профилактических учреждений города.

Принять участие в Съезде могут педиатры, детские эндокринологи, реаниматологи, гинекологи, неонатологи, кардиологи, хирурги, урологи, психологи, специалисты по лучевой диагностике, организаторы здравоохранения и врачи других специальностей, специалисты детских амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров. Участие в съезде бесплатное.

Место проведения:

здание Правительства Москвы,
ул. Новый Арбат, 36/9.

АНТИРЕКЛАМА

Со времени выхода бюллетеня № 12 «В защиту науки» в мае 2013 г. прошел почти год, наполненный драматическими событиями вокруг академической науки. Готовя бюллетень № 13, редколлегия не могла остаться в рамках прежней тематики защиты науки от посягательств лженауки всех видов, поскольку внезапно возникла реальная угроза науке со стороны бюрократии, затеявшей реформу РАН в жанре июльского блицкрига.

В новом бюллетене

эта тема нашла очень сдержанное отражение в виде нескольких статей, показывающих единичное отношение научного сообщества к содержанию и стилистике проведения реформы в ее различных аспектах. Российским ученым удалось внести некоторые коррективы в исходно совершенно разрушительный закон и добиться годичной отсрочки его вступления в действие, так что представленные в бюллетене материалы выражают не столь отчаяние, сколь готовность отстаивать интересы отечественной науки.

Возвращаясь к традиционной теме бюллетеня, следует отметить значительные события прошедшего года в деле борьбы с извращениями и фальсификацией науки. Впервые комиссия по борьбе с лженаукой удостоилась приглашения представить свое видение проблемы Совету безопасности РФ. Вслед за этим Совбез поставил доклад от комиссии в план заседания секции по проблемам оборонно-промышленной и научно-технической безопасности, сформулировав тему заседания как «Феномен лженауки в современном обществе и меры по противодействию лженаучным проявлениям». Текст доклада от комиссии и решение секции совета представлены в бюллетене. В этих событиях можно усмотреть добрый знак — власть, похоже, вняла нашим призывам рассматривать вакханалию оккультизма и мракобесия, затопившего российские СМИ, и, прежде всего федеральное телевидение, в качестве угрозы национальной безопасности. В качестве такого же доброго знака можно рассматривать появление в Думе законопроектов о запрете рекламы оккультных услуг магов колдунов и «экстрасенсов». Хотя подходы законодателей к этому вопросу выглядят пока методологически незрелыми, сам факт появления таких документов открывает возможность для предметного диалога с законодательной ветвью власти.

Вторым важным событием года комиссия склонна считать состоявшуюся летом 2013 г. международную конференцию под названием «Лженаука в современном мире: медиасфера, высшее образование, школа». Комиссия принимала участие в работе этой конференции, но отнюдь не была ее инициатором или организатором — это было совершенно новое явление в жизни нашего научно-технического сообщества — самоорганизация на базе социальных сетей. Похоже, это именно то, что называют ныне проявлением гражданского общества. Как пишет в воспроизведенной в бюллетене заметке об этой конференции Александр Панчин, «конференция получилась удивительно междисциплинарной: в одном месте собрались биологи, физики, психологи, журналисты, философы, филологи, историки, педагоги, инженеры и представители других профессий». Редакция сочла нужным воспроизвести в бюллетене №13 одно из выступлений на конференции (Александра Соколова), содержащее подробные рекомендации ученому в его контактах со СМИ.

Этот год был отмечен также другим, еще более важным, проявлением самоорганизации научного сообщества — активной деятельностью Общества научных работников (ОНР), которое презентует себя как сообщество ученых, созданное «снизу». ОНР, созданное в феврале 2012 года, заставило обратить на себя внимание, собрав более 10 000 подписей против поспешной реформы РАН. ОНР приняло активное участие в дискуссиях вокруг реформирования науки и, в частности, реформы Академии, вступив в диалог с министерством науки и образования, предлагая меры и решения, давно обсуждавшиеся на научных форумах. ОНР решительно поддержало первые действия МОН против обладателей фальшивых диссертаций и тех, кто им помогал. В настоящее время в ОНР состоит более 500 членов, из которых 5 академиков и 4 члена-корреспондента РАН, 270 докторов наук, 250 кандидатов наук. Вступить в ОНР может каждый, имеющий не менее двух публикаций в рецензируемых научных журналах за последние три года. ОНР ежегодно собирается на Общие собрания, а в промежутках между ними Обществом руководит Совет ОНР. В этом номере бюллетеня мы воспроизводим два новых заявления Совета ОНР по актуальному и болезненному вопросу о плагиате в диссертациях.

Если говорить о собственно лженауке, то со временем структура лженаучных притязаний смещается из области псевдо-физических наук в область псевдо-медицины. Это не означает, что исчезли изобретатели вечных двигателей всевозможных родов (точнее, всеневозможных), или убавилось число страстных противников квантовой механики и теории относительности, или вообще число борцов с «косной официальной наукой». Отнюдь нет, комиссия постоянно получает обращения такого сорта непосредственно от авторов или пересланные из властных структур. Однако время широкомасштабных лженаучных проектов с немислимыми обещаниями и немислимыми притязаниями на государственный бюджет, кажется, уже в прошлом. Сегодня центр тяжести лженауки сместился в область целительства — как методами средневекового колдовства,

так и в обличи новейших достижений науки. Если для магических форм целительства намечается, наконец, какое-то государственное противодействие, то в области наукообразной медицины наблюдается расцвет. Во всех средствах массовой информации идет потоком реклама чудодейственных аппаратов, называемых «квантовыми биокорректорами», «биостимуляторами», «аура-камерами», «энигмами», и т.п., то есть, словами, вызывающими у

Лженаука пришла в медицину

Евгений Александров



не обремененных критическим взглядом на мир граждан ассоциации с передовой наукой и одновременно с сакральными тайнами. При этом изготовителями всей этой продукции служат не какие-нибудь неизвестные проходимцы, а солидные фирмы с корнями в советской «оборонке» и носящие внушительные названия с аббревиатурой НПО (научно-производственное объединение). Анализ подобной продукции показывает, что в самом лучшем случае (какой-нибудь электростимуляцией или СВЧ-облучением) она ничем не превосходит старинную технику из арсенала физиотерапии, а в большинстве случаев представляет собой просто муляжи с мигающими лампочками, воздействие которых на пациентов аналогично воздействию любых других амулетов и сводится к эффекту «платцебо». Большинство из них объективно безвредно, что нередко подтверждается государственными сертификатами о безопасности. Однако при этом не учитывается вред, связанный с усыплением бдительности больных, которые вовремя не обращаются к научной медицине. Мы уже не говорим о денежных и моральных потерях доверчивых пенсионеров, которым с баснями о баснословных скидках «впаривают» муляжный «high-tech» за десятикратную цену (если не стократную!) по сравнению с себестоимостью.

Впервые комиссия по борьбе с лженаукой удостоилась приглашения представить свое видение проблемы Совету безопасности РФ.

Тематика псевдомедицины широко освещалась в наших бюллетенях (см. выборочные ссылки, приведенные во вводной статье в бюллетене № 12). Однако в академической науке наступают новые времена — в РАН вливаются две

новые академии наук — медицинская и сельскохозяйственная, что ставит перед комиссией по борьбе с лженаукой новые задачи. Наши бесчисленные хулители постоянно казнят нас попреками, дескать, а судьи кто? «Врачу исцелись сам» и т.д. Разумеется, организация, провозгласившая борьбу за чистоту науки, должна быть, прежде всего, не примирима к такому явлению в своей среде. Обычно, отвечая на такие попреки, мы поминаем в качестве козла отпущения акад. А.Т. Фоменко с его фантазиями вокруг «новой хронологии», которым неоднократно давали оценку историки РАН. (Вот и в данном выпуске эту тему поднимает профессиональный астроном Ю.Н. Ефремов, оспаривая астрономические аргументы А.Т. Фоменко в защиту своих патологических построений.)

...со временем структура лженаучных притязаний смещается из области псевдофизических наук в область псевдомедицины.

С вливанием в РАН Медицинской академии мы получаем новый объект для самокритики. Мы уже неоднократно подвергали критике фантазии, бытующие среди некоторых биологов и медиков, относительно существования неизвестных физикам полей, которые связаны с живой материей и только с ее помощью обнаруживаются. Эти фантазии, восходящие к мистическому анимизму и витализму, со времен Фауста перестали быть частью науки и претерпевают лишь терминологические трансформации. Сегодня они чаще всего называются «биоинформационными», «энергоинформационными» и «биоэнергетическими» полями, посредством которых в науку проникают оккультно-мистические представления в духе новых религий «ню-эйдж». О полной антинаучности этих построений мы уже неоднократно писали. Однако теперь, когда РАМН по административному приказу сливается с РАН, нам придется дополнительно заняться этой темой. Тем более что у Комиссии имеется уже достаточно материалов об участии некоторых членов РАМН в работах, более чем сомнительных с точки зрения современной науки.

Автор этого предисловия в Бюллетене «В защиту науки» — академик РАН Евгений Борисович Александров, заведующий лабораторией Отделения физики плазмы, атомной физики и астрофизики Физико-технического института им. А.Ф. Иоффе РАН возглавляет Комиссию РАН по борьбе с лженаукой. Вероятно, с некоторой наивностью и надеждой, он предполагал, что вливание в стройные ряды маститых академиков большой академии членов «малой» академии — медицинской — даст новый толчок этой sprawie в борьбе. Не получилось. Медицинские академики, в большинстве своем, оказались чужды идеи «очищения рядов». Сейчас идет пересмотр состава грозной Комиссии, в нее включаются не только академики, но и «племя молодое», выступающее на сей неблагодарной но благородной ниве в том числе — в Интернете. Нельзя сказать, что борьба привела к массовым успехам, скорее, пусть и крупные (фильеры Петрика, торсионные поля), но точечные. Сплочение сил, скорее всего, будет иметь дополнительный результат. Пожелаем этого Комиссии по борьбе с лженаукой РАН. Наша газета будет продолжать следить за событиями.

Редколлегия

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., Калев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Палева 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., Синапальников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук 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»!