



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Май 2016

№ 5 (165)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Программа заседаний МГНОТ и полная версия газеты
вывешивается на сайте <http://mgnot.ru>

В течение восьми лет мне выпало счастье работать с основоположником отечественной проктологии профессором Александром Наумовичем Рыжих. Я пришел в его клинику молодым врачом с двухлетним стажем участкового терапевта. Профессору было тогда 64 года. Он прошел большой жизненный путь, работая хирургом под руководством Александра Васильевича Вишневого, а во время войны — главным хирургом 2-го Украинского фронта.

После окончания войны, по совету своего учителя Александра Васильевича Вишневого, он решил заняться проктологией, которая впоследствии была выделена в отдельную специальность. Профессиональный и жизненный путь Александра Наумовича был тесно переплетен дружбой с сыном Вишневого — Александром Александровичем, главным хирургом Советской Армии, генерал-полковником медицинской службы, директором Института хирургии.

В середине 60-х годов академик Александр Александрович Вишневский организовал лабораторию кибернетики, используя электронную вычислительную машину для диагностики различных заболеваний. Мои институтские друзья работали там врачами и однажды, встречаясь с Вишневым, рекомендовали меня. В институте ставок не было и Александр Александрович позвонил Рыжиху. «У меня тут парнишка сидит, тебе понравится. А не попробовывать ли тебе, Саня, кибернетику в ж...?»

Я пришел в клинику Рыжих и был зачислен терапевтом в штат Городской больницы № 67, на базе которой располагалось большое проктологическое отделение Государственного онкологического института им. П.А. Герцена. В хирургическом стационаре было выделено 12 коек, где лежали больные с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона толстой кишки, мегаколон, дивертикулитами и др. Курировала их терапевтическая группа, в которую вошел и я. Моя кандидатская диссертация была посвящена диагностике воспалительных заболеваний и новообразований толстой кишки с помощью ЭВМ. Таким образом, я выполнил рекомендацию А.А. Вишневого и «попробовал» кибернетику в известном месте.

Работая в клинике, я очень сблизился с Александром Наумовичем, с радостью выполнял его поручения, часто бывал в его доме. Я любил его как отца, и даже когда Александр Наумович был мною недоволен — все ему прощал.

Воспоминания об этом человеке весьма многогранны. Александр Наумович Рыжих много сделал для развития хирургии прямой и толстой кишки, предложил ряд новых оперативных методов при раке прямой кишки. Под его руководством были внедрены схемы лечения неспецифического язвенного колита, болезни Крона и др. Клинику посещали известные актеры, писатели, ученые, государственные деятели, военачальники и даже иностранцы, за которыми неотступно следило «недремлющее око». Со многими из них связаны смешные и курьезные истории, о которых я обещал рассказать. И вот выполняю обещанное.

Про Александра Наумовича всегда ходили легенды. Например, говорили, что он берет деньги у больных. Да, он брал. Это правда. Но брал деньги только у состоятельных людей. У него лечилась вся богатая советская знать, и он считал важным, чтобы его труд был оплачен. Но по сравнению с людьми сегодняшней российской медицины и их ставками невероятных масштабов Александр Наумович был просто бескорыстнейший человек.

Многие истории, которые я знаю про своего учителя, характеризуют его как человека, никого и ничего не боящегося в те времена, когда боялись все, всего и вся. Прямота и смелость — основные свойства его характера. А ведь он половину своей жизни прожил при Сталине...

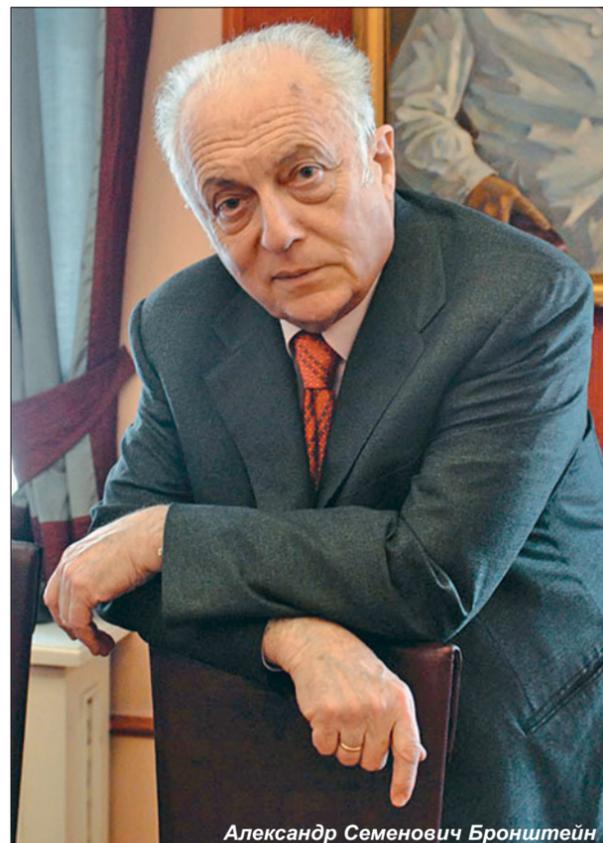
Институт проктологии

В 1965 году Рыжих добился выделения средств на строительство Института проктологии — первого специализированного профильного лечебного учреждения. Тогда с поста Генерального секретаря только ушел Хрущев, и его место занял Брежнев.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

От редакции: В 2017 году в Москве будут отмечать 120-летие со дня рождения знаменитого врача Александра Наумовича Рыжиха, которого называют отцом-основателем отечественной колопроктологии: до него в нашей стране не было ни специализированных отделений, ни, тем более, специализированных лечебных учреждений. Любимый ученик знаменитого хирурга Александра Васильевича Вишневого Рыжих занялся проктологией сразу после войны. В хирургическом отделении московской больницы № 18 было выделено 15 коек для лечения проктологических больных. Позже профессор Рыжих руководил специализированным проктологическим отделением Московского онкологического института им. П.А. Герцена, располагавшимся на базе ГКБ № 67. Там в его распоряжении было уже 102 койки. По его инициативе было построено здание Института проктологии, ныне ФГУ «Государственный Научный Центр колопроктологии Минздрава РФ.

В преддверии юбилея своими воспоминаниями о совместной работе с А.Н. Рыжихом поделился его ученик, основатель и президент многопрофильной клиники «Центр эндохирургии и литотрипсии» заслуженный врач Российской Федерации, профессор Александр Семенович Бронштейн



Александр Семенович Бронштейн

Александр Наумович Рыжих: врач, учитель, личность



Заслуженный деятель науки
профессор Александр Наумович Рыжих

Для того чтобы начать строить здание института, надо было получить разрешение в Моссовете. Председателем Исполнительного комитета Моссовета в те годы был Владимир Федорович Промыслов, могущественный «прораб столицы», с чьим именем связано строительство Лужников, Останкинской телебашни, Олимпийской деревни, гостиницы «Россия», проведение Олимпиады-80, разработки Генплана Москвы и многое другое. Так вот, для получения разрешения на

строительство на прием к одному из самых влиятельных чиновников Москвы мы пошли втроем: Александр Наумович, доктор Файн и я. Аудиенция была назначена на 11 утра. Рыжих ненавидел опоздания, поэтому на пороге приемной Промылова мы появились ровно без пяти минут 11. Нас встретил начальник канцелярии исполкома, помощник председателя Лазарь Соломонович Шуб, полноватый человек маленького роста.

«Профессор Рыжих!», — громогласно объявил Александр Наумович. «Да-да, профессор..., — засуетился Лазарь Соломонович, — у Владимира Федоровича сейчас идет градостроительный совет. Вам придется немного подождать». Ну что бы сделал любой человек в этой ситуации? Присел бы, попил чаю и, конечно, подождал... Любой. Но не Рыжих. Александр Наумович обладал ростом примерно метр девяносто. Выслушав помощника, он молча направился к огромным дубовым дверям кабинета. На его пути буквально распластался Шуб: «Не пушу!». Рыжих с невозмутимым видом отстранил его и вошел в кабинет.

Из-за спины Александра Наумовича я увидел огромное количество народа в кабинете, силуэт Промылова с лихим чубом и густое облако сигаретного дыма, которое заволочило все пространство. «Профессор Рыжих!» — объявил Александр Наумович. «Одиннадцать часов, Владимир Федорович», — и он указал соответствующим жестом на часы. На секунду воцарилась полная тишина. И вдруг Промыслов командует: «Все свободны. Совещание окончено». Мгновенно все исчезли из кабинета, оставив только завесу сигаретного дыма.

«Боже мой!» — возмутился Рыжих. — «Как здесь накурено! Что вы с собой делаете?!» Он просто не переносил курящих. Владимир Федорович был в полном смятении. «Вы же мэр. Вы должны долго жить!» — не унился Рыжих. «Да-да... Надо бросать... Садитесь...»

ИнтерНьюс

Россия может снять ограничения на въезд в страну ВИЧ-инфицированных иностранцев

Об этом сообщила министр здравоохранения России Вероника Скворцова, выступая на панельной дискуссии на полях Сессии высокого уровня Генассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД в Нью-Йорке.

Министр напомнила, что в России, как и в большом количестве стран мира, такие ограничения были введены в 90-х годах, когда еще не существовало эффективных средств профилактики и лечения ВИЧ. В прошлом году эти требования были существенно ослаблены, когда на законодательном уровне был разрешен въезд и пребывание ВИЧ-инфицированных иностранцев, которые имеют членов семьи (супруга, супругу), детей или родителей, являющихся гражданами РФ, а также ВИЧ-инфицированных иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории России.

«С их стороны должны отсутствовать нарушения законодательства РФ о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции», — подчеркнула глава Минздрава.

Фармацевтический вестник

Национальный институт рака США открывает свои данные для исследователей

Прогресс в лечении рака продолжается, об этом говорилось на прошедшем в Чикаго ежегодном собрании Американского общества клинических онкологов (ASCO). В конференции приняло участие около 30 тыс. специалистов.

Исследование американских ученых, опубликованное на JAMA Oncology в 2015 году, показало: риск смерти от рака в течение 5 лет для пациентов с поставленным диагнозом в период между 2005 и 2009 годом был на 39—68% ниже по сравнению с пациентами с диагнозом, поставленным в период между 1990 и 1994 годом.

В течение последних пяти лет в мире появилось более 70 новых препаратов, которые заставили говорить об увеличении продолжительности жизни онкологических больных.

Среди самых интересных исследований, представленных на конференции, персонализированные методы лечения рака, которые направлены на молекулярные и генетические изменения. Некоторые виды рака могут эффективно лечиться с помощью лекарств, испробованных на других видах опухолей, в зависимости от генетических маркеров у конкретного пациента.

О своих достижениях заявили крупнейшие фармкомпании мира. Впрочем, онкологи внимательно следят также за небольшими компаниями. Среди звезд на конференции в этом году является компания Ariad, которая имеет новое исследование по brigatinib. Он может быть использован для лечения некоторых видов рака легких, особенно тех, которые не откликнулись на лечение Xalkori компании Pfizer.

Проект, известный как Genomic Data Commons (GDC), с операционным центром в Университете Чикаго является ключевым компонентом национальной программы борьбы с раком Moonshot и финансируется Национальным институтом рака США. Этот же институт выделяет 70 млн долл. США на содержание GDC. GDC будет централизовать, стандартизировать и делать доступными данные из крупномасштабных программ NCI, таких как Атлас генома рака и эквивалентная база данных детского рака. Информация будет предоставляться бесплатно для любого исследователя рака.

Данные в GDC, представляющие тысячи онкологических больных и опухолей, будут приведены в соответствие с использованием стандартных программных алгоритмов так, чтобы они были доступны и полезны для исследователей.

Фармацевтический вестник

Начало на стр. 1 ↗

За три минуты Рыжих рассказал, что ему нужно разрешение на строительство нового Института проктологии рядом с 67-й больницей и... получил его, что по тем временам было просто невыполнимым делом. Максимум на что можно было рассчитывать — это договориться на словах, а потом долго ожидать бумаг, подтверждающих договоренность, и только потом действовать дальше. Рыжих в тот день же вышел от Промышлова с полным пакетом бумаг, подписей и печатей.

И в конце концов он ответил в своем неповторимом стиле: «Видите ли, я пришел к Рыжиху, чтобы выпить за Советскую власть!». Все удивленно замолчали. «Если она терпит такого человека как Рыжих, то это очень сильная власть. И это непременно надо отметить!».

Союз писателей, певцов и хирургов

В 1967 году у Александра Наумовича был юбилей, 31 мая ему исполнилось 70 лет. Этот день мне запомнился сразу несколькими показательными историями. Рыжих дружил с легендарным оперным и камерным певцом, народным артистом СССР Иваном Семеновичем Козловским, которого он когда-то оперировал. И в день празднования на меня возложили обязанность съездить за великим тенором и привезти его в зал Станкоинструментального института (ныне МГТУ «Станкин»).

Козловский жил в Брюсовом переулке, в доме, расположенном ближе к улице Герцена, на последнем этаже, куда я и явился. Мне, конечно, очень хотелось приехать к Козловскому. Он был моим кумиром, я уже тогда безумно любил оперу. Иван Семенович сам открыл дверь. У него была двухэтажная квартира. Он при мне поднялся на второй этаж и взял старый потрепанный портфель, с которым ходил всегда.

На банкете, куда я его доставил, оказалась молодая солистка оперного театра из Куйбышева, и они вместе пели застольную из «Травиаты»:

*Весельем жизнь прелестна,
Пока любви не знаешь!
Любовь не всем известна,
Известна мне она!..*

Это был такой кайф! Фразу «...известна мне она» Козловский произносил своим потрясающим голосом, магнетически глядя на свою партнершу и на слушателей. А ведь ему тогда было под 70!

Есть еще одна история, связанная с юбилеем Рыжих и его другом Александром Борисовичем Чаковским. Последний был главным редактором «Литературной газеты», и именно под его руководством «ЛГ» из узкопрофессиональной газеты литераторов стала популярнейшим изданием в стране. Она, действительно, была одной из лучших газет в СССР. Если помните, на нее даже существовала отдельная подписка — большой дефицит.

Чаковский был евреем, что в те времена среди главных редакторов центральной прессы и в целом среди сильных мира сего встречалось крайне редко. Тем не менее он был депутатом Верховного Совета, членом ЦК КПСС и вообще весьма приближен к власти. Когда он появлялся, по всему чувствовалось — идет барин! Облако фантастического табака, которого мы и не нюхали; флер дорогого импортного парфюма, который был нам недоступен. Он начинал говорить, и хотелось просто постоять возле него, побыть в этом чарующем благоухающем облаке. В кругу друзей его звали Чак. Он был пациентом Александра Наумовича и постоянным гостем в его доме. А Рыжих в свою очередь навещал Чака в Дубултах, в Доме отдыха писателей. Когда Рыжиху требовалось попасть в коридоры власти для решения очередного вопроса, он звонил своему другу, и тот по партийным каналам обеспечивал выход на нужного человека.

Возвращаясь к юбилею, надо отметить, что празднование совпало с другим значимым событием — 75-летием Константина Георгиевича Паустовского. Со стороны Чаковского было бы вполне логично в соответствии со статусом и должностью сделать выбор в сторону Паустовского. Но вместо этого он появился у Рыжиха и весь вечер выслушивал вопросы: «Как же так, Александр Борисович?..» «Вы не пошли к Паустовскому?..» «Александр Борисович, почему же вы не у Паустовского?..» И в конце концов он ответил в своем неповторимом стиле: «Видите ли, я пришел к Рыжиху, чтобы выпить за Советскую власть!». Все удивленно замолчали. «Если она терпит такого человека как Рыжих, то это очень сильная власть. И это непременно надо отметить!».

У профессора всегда находились спонсоры и покровители, на чьи средства можно было создавать и поддерживать этот лоск. Много цветов. На окнах клетки с щебечущими попугайчиками. В отделении потрясающая чистота.

Рыжих в те годы, действительно, позволял себе многое. Он постоянно чего-то требовал, чего-то добивался. И делал это прежде всего для своих пациентов, для больных.

«Советская власть мешает!»

Однажды к нам в отделение привезли пожилую женщину из Кутаиси, у нее был диагностирован рак прямой кишки. И вдруг звонок — к нам едет сам Георгий Самсонович Дзоценидзе, заместитель председателя президиума Верховного Совета СССР. Оказалось, что пациентка из Кутаиси — его родная сестра, и Дзоценидзе хочет лично все проконтролировать и поговорить с профессором. Рыжих пригласил высокопоставленного родственника к себе в кабинет, а потом вывел его в коридор и подвел к окну, выходящему на площадку, где велось строительство нового Института проктологии.

«Посмотрите, какое здание я строю. Семь этажей. Кирпич. Все, как положено. Но, представляете, все время ставят палки в колеса, не дают строить!» «Кто же не дает?!», — возмущенно среагировал Дзоценидзе. «Георгий Самсонович, Вы не поверите... Советская власть!», — так и сказал в лицо высочайшему государственному чиновнику. Дзоценидзе на мгновение опешил, а потом расхохотался. Видимо, правда, сказанная столь неожиданно, оказалась ему удачной шуткой.

«Не беспокойтесь», — ответил Дзоценидзе, — «мы вам поможем». И надо отдать ему должное, впоследствии он постоянно помогал со строительством.

Маленькое, но необходимое отступление

В те годы многие советские функционеры помогали крупным медицинским учреждениям, так как доверяли конкретным проверенным врачам и были им благодарны. Одна история связана с Алексеем Николаевичем Косыгиным, Председателем Совета Министров СССР. У его супруги Клавдии Андреевны был рак толстой кишки. Сначала ее оперировал известный хирург и крупный ученый Борис Васильевич Петровский, а затем не менее известный хирург-онколог Николай Николаевич Блохин. Последние месяцы она лежала в Онкоцентре, где у них была двух- или трехкомнатная палата. Алексей Николаевич после работы приезжал сразу туда, ночевал там каждый день и утром снова уезжал на работу.

Врачи рассказывали Клавдии Андреевне о том, что не хватает денег на завершение строительства и отделку тогда совсем нового Онкоцентра на Каширском шоссе. И супруга сказала Косыгину: «Алеша, надо помочь. У них нет денег». Позвали доктора, который говорил о финансовых трудностях проекта, и спросили, о какой сумме идет речь. Доктор, не произнося вслух, написал цифру на бумаге. Тогда Клавдия Андреевна взяла ручку и приписала еще ноль. Такую сумму и получил Онкоцентр, что позволило окончательно ввести его в эксплуатацию.

Это абсолютная правда. И сейчас еще есть свидетели, которые могут подтвердить этот факт. А привожу я здесь эту историю с тем, чтобы показать, что у

Александра Наумовича стиль достижения поставленной цели был такой же.

Номенклатурное право

Проктологическое отделение, которым руководил Александр Наумович Рыжих, находилось на втором этаже Городской больницы № 67, мало отличавшейся от других городских больниц того времени как по удобству, так и по чистоте. Но его отделение было принципиально иного качества. Оно отличалось не только особой чистотой, но даже лоском. У профессора всегда находились спонсоры и покровители, на чьи средства можно было создавать и поддерживать этот лоск. Много цветов. На окнах клетки с щебечущими попугайчиками. В отделении потрясающая чистота.

Проктология — особая специальность, связанная с заболеваниями прямой и толстой кишки, а это всегда некоторая специфика с точки зрения поддержания гигиены. Но если уход за больными поставлен на должном уровне, как это было у моего учителя, тогда в отделении будет ослепительно чисто и комфортно.

Все палаты были общие, кроме одной, в которой отдыхал сам Рыжих. Он там спал после обеда. И именно в эту

Продолжение на стр. 3 ↗



Профессор Рыжих разработал и первым стал делать многие проктологические операции

Начало на стр. 1, 2 ↗

палату госпитализировали близких людей и важных пациентов, то есть она существовала на случай, если заболит какой-нибудь крупный начальник. Периодически так и случалось.

Палата была очень камерная, примерно 10 м², но в ней был свой санузел и радио. И вот однажды в нее положили Министра

Так я первый раз в жизни увидел в прямом смысле слова дурнопахнущего министра. И такое бывает!..

автомобильного транспорта и шоссежных дорог РСФСР Федора Васильевича Калабухова. У него была операция то ли по поводу трещины, то ли по поводу свища прямой кишки. Операция небольшая, и сделали ее быстро.

После операции Рыжих попросили зайти к больному. Калабухов ему говорит: «Александр Наумович, я должен ехать на сессию Верховного Совета. У меня доклад по состоянию шоссежных дорог — я обещал Яснову выступить» (Примечание редакции: Михаил Алексеевич Яснов, Председатель Президиума Верховного Совета РСФСР).

Тут я должен сделать небольшой экскурс в хирургию и пояснить, что больным во время такой операции, как правило, делается небольшой надрез в области сфинктера прямой кишки с целью улучшить и ускорить заживание. Эту технологию внедрил Рыжих, доказав ее эффективность и целесообразность. Но побочный эффект таков, что у пациента наблюдается слабость прямой кишки в первые несколько дней после операции, что иногда приводит к недержанию.

«Вам никак нельзя ехать, — говорит Рыжих, — мы сделали вам сфинктеротомию. Мы же до операции обсуждали это. Вы согласились». А ведь это середина 60-х — ни о каких подгузниках и речи не было. А министр настаивает: «мне надо», «важный доклад», «на машине как-нибудь доберусь».

В итоге Рыжих его отпустил. Помимо государственной важности пациента, определенную роль сыграла его личная заинтересованность в Калабухове — Александр Наумович хотел получить личный автомобиль. В общем, министра помыли, перевязали и проводили до машины. Прошло около сорока минут, и... машина вернулась. Конечно, все произошло согласно предсказаниям хирурга, доклад сделать не удалось. Так я первый раз в жизни увидел в прямом смысле слова дурнопахнущего министра. И такое бывает!..

Несмотря на этот случай, Рыжих с Калабуховым еще долго дружили, и тот дал ему государственную черную «Волгу», хотя она по статусу и не полагалась Александру Наумовичу. А также помог с очередью на покупку другой машины: вторая жена Рыжиха Нина Федоровна сама съездила на автозавод в Горький и купила с конвейера «Волгу» цвета «белая ночь». Именно такую ей очень хотелось.

Ультиматум Рубинштейну

Я был знаком со многими известными советскими врачами и могу сказать, что все они общались с самыми популярными музыкантами и актерами своего времени. Они были не только культурными, разносторонне образованными людьми, серьезно разбирающимися в музыке, театре, изобразительном искусстве, но и были лично погрязшими в этот процесс. Все крепко дружили с музыкантами, художниками, писателями, поэтами. Все прекрасно знали друг друга.

Мне известно, что Рыжих любил произведения Пастернака и был с ним лично знаком. Также хорошо он знал Александра Безыменского, который был, как тогда говорили, комсомольским поэтом. Во всех стихах он агитировал за советскую власть. Про Безыменского ходил неприличный стишок:

*Волосы дыбом,
Зубы торчком,
Сам он м...к
С комсомольским значком.*

Также Александр Наумович дружил с администратором Московской консерватории Марком Борисовичем Векслером. Однажды вызывает меня Рыжих со словами: «Слушай, Бронштейн, ты знаешь, что приехал Рубинштейн?». Он всех называл на работе по фамилии. Сашей я был для него только дома. Я отвечаю: «Знаю, Александр Наумович, но попасть никак нельзя. Это консерватория, Большой зал. Билетов нет». «А Векслер нам зачем?! Поезжай-ка к Векслеру и спроси, как он играет». Тут я изумился, конечно: «Кто играет? Рубинштейн?! Он, понятное дело, играет хорошо». «Какой ты дурак, — воскликнул Рыжих. — Ты узнай, играет Рубинштейн с оркестром или сольно. И передай Векслеру: или он играет с оркестром, или я не иду на его концерт! Вот так». Я обалдел, но Векслеру все передал. И билеты нам выделили.

И пришли мы в консерваторию: я с женой, Александр Наумович и наш анестезиолог Ольга Яковлевна Димант.

И тут я увидел, как Рыжих плачет, он был потрясен музыкой, но не только ею. Я уверен, что во многом этот искренний восторг был вызван тем, что он видел перед собой музыканта и человека 84 лет в такой блестящей форме.

И Рубинштейн играл с оркестром. А на «бис» он сыграл финал Пятого концерта Бетховена. Это был апофеоз! И тут я увидел, как Рыжих плачет, он был потрясен музыкой, но не только ею. Я уверен, что во многом этот искренний восторг был вызван тем, что он видел перед собой музыканта и человека 84 лет в такой блестящей форме. Сам он собирался жить долго, о чем неоднократно говорил, и по большому счету ничего не мешало ему так думать. Он жил в материальном достатке, ел, что хотел, не перерабатывал, получал от жизни полное удовольствие.

Это лишь часть воспоминаний о моем учителе Александр Наумовиче Рыжих, которыми я хочу поделиться с читателем.

Читайте продолжение в следующем номере «Московского доктора».

ИнтерНьюс

Трудоголизм опасен для женского здоровья

Женщины, отдающие большую часть своего времени карьере, серьезно рискуют здоровьем, выяснили ученые из Университета штата Огайо. А вот на здоровье мужчин жесткий график работы сказывается не так сильно.

60-часовая рабочая неделя может утроить риск развития онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. При этом женщины начинают рисковать здоровьем уже тогда, когда их работа занимает более 40 часов в неделю. К такому выводу пришли исследователи, проанализировав данные более 7,5 тысяч историй болезни.

Они попытались выяснить взаимосвязь между количеством отработанных часов в течение 32 лет и частотой развития различных заболеваний — рака (кроме рака кожи), артрита, диабета, астмы, гипертонии, бронхита, эмфиземы легких, инфаркта, инсульта. Исследование показало четкую связь между долгими часами работы и развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака, артрита и диабета. При этом у мужчин-трудооголиков повышался лишь риск развития артрита.

«Женщины особенно остро ощущают последствия интенсивных переживаний, связанных с работой. Большинство женщин, помимо профессиональных, выполняют еще и большую часть семейных обязанностей. В итоге трудоголизм становится одним из факторов развития различных заболеваний», — отмечает Аллард Дембе, ведущий автор этой научной работы.

Исследование было поддержано центрами США по контролю и профилактике заболеваний и Национальным институтом профессиональной безопасности и здоровья.

Доктор Путер

В Китае образовалась очередь из пациентов, готовых на пересадку головы

После того как итальянский хирург Сергио Канаверо объявил о начале подготовки к операции по пересадке головы, сразу несколько китайских пациентов выразили желание поучаствовать в такой трансплантации в качестве пациентов. Один из них, 62-летний Ванг Хуанминь, оказался парализован после травмы, полученной во время дружеского спарринга с приятелем. Он не может передвигаться и дышит с помощью специального устройства.

Считается, что такую операцию может провести доктор Жень Сяопин из Медицинского университета Харбина (Harbin Medical University). Он известен тем, что еще в 1999 году участвовал в первой в США операции по пересадке руки, а в последнее время сотрудничает с Канаверо — вместе они уже разработали протокол, по которому будет проведена трансплантация головы. Известно, что Сяопин, готовясь к операции, проводит эксперименты на грызунах и обезьянах.

Сам хирург сообщил, что он не исключает возможность операции, а сейчас он собирает команду врачей и ученых и продолжает готовиться к трансплантации. Сяопин планирует отделить головы от тел, соединить тело умершего донора с головой реципиента, вставить специальную металлическую пластину для поддержки шеи и соединить нервные окончания в спинном мозге.

Большинство представителей врачебного сообщества уверены, что прямо сейчас подобная пересадка невозможна, а любая ошибка приведет к гибели пациента. В частности они считают, что соединение нервов в спинном мозге неосуществимо. Помимо этого возникает немало этических вопросов, связанных с трансплантацией.

Сам же Сяопин уверен, что осуществление такой операции поможет множеству людей, которые оказались парализованы в результате болезней или несчастных случаев.

МедПортал

Домашняя аптечка — огромное зло отечественного здравоохранения, мало знакомое и совсем не понятное людям, живущим за границей. Ее происхождение понятно: пережившие времена всеобщего дефицита и доставания из-под полы никак не могут остановиться. В результате каждое попадающее под руку лекарство находит свое достойное место в мешке под названием «домашняя аптечка».

Как избавиться от домашней аптечки

П. Медик



Совсем еще недавно государство стимулировало эти атавистические пороки у населения, заставляя иметь в каждой машине набор бесполезных и даже вредных лекарств. Сейчас, наконец, отказались от этого и требуют возить с собой только бинты. Бесполезно, но хотя бы не вредно.

Приходя в любую семью, где есть пожилые, вы должны быть готовы обнаружить стратегические запасы лекарств на все случаи жизни, как правило бесполезных, с точки зрения современной медицины, и обычно просроченных на несколько лет. У кого дома нет набора из 3-5-7 антибиотиков? Тетрациклин — обязателен. Уже неясно, кто, когда и от чего назначает это лекарство. Но сила традиции — это сила традиции. Левомецитин, бисептол. А дальше — йод и зеленка. Ранку мазать. Йод сжигает края ранки, и она хуже затягивается. Зеленка не имеет доказательств эффективности. Но все дети ходят ею разукрашенные. Ну и, конечно, корвалол с валокордином, валидолом: два первых содержат наркотик — фенотербитал, запрещенный в большинстве развитых странах мира, последний вообще пустышка. Все три никак не влияют «на сердце» — не устраняют приступы стенокардии, не снижают частоту инфаркта — ничего. Но без них, как же можно? Страна мелких наркоманов. Нередко можно найти ампулы и флаконы со стертой маркировкой,

поврежденные блистеры. В помойку все это, безжалостно в помойку. Выбрасывайте все, не передавайте препараты друзьям и родственникам: то, что помогло вам, совершенно необязательно применимо для других, а главный отечественный врач ОБС (одна бабка сказала) — не самый эффективный.

Когда наступает пора расстаться с незаменимыми лекарствами, нужно делать это правильно. Возможно, кое-какие советы покажутся странными, но, тем не менее, им желательно следовать. Выброшенные лекарства могут представлять опасность не только окружающей среде, но и другим людям, например — детям. Дети любят таскать всякое яркое, не брезгают играть таблетками, пробовать их. Не случайно сегодня многие лекарства упаковываются во флаконы со специальной «антидетской» крышкой. Поэтому выбрасываемые лекарства должны стать «непрезентабельными»: с флаконов надо удалить все этикетки, ярлыки и надписи. Помните, что яркие вещи могут таскать птицы и грызуны. Лучше вынуть таблетки из упаковки (блистера, флакона) и перемешать их с какими-нибудь малопривлекательными отходами, например — из кофеварки, или что-нибудь еще неприглядное. Такие таблетки и капсулы вряд ли заинтересуют детей и животных, роющихся в мусоре людей. Неплохо месиво из лекарств и некой субстанции сложить в пустую банку, закрывающийся пакет, чтобы таблетки не высыпались из мусорного мешка.

Не смывайте лекарства в унитаз. Многие препараты плохо разлагаются, накапливаются в водах, почве, попадают в растения и животных. Экологическим бедствием скоро станет накопление в природе антибиотиков, которые по пищевой цепочке возвращаются к нам. Не усугубляйте ситуацию.

Во многих западных странах работают программы по утилизации лекарств, такие акции проводят благотворительные фонды. К сожалению, нашей страны такие благородные порывы не касаются.

ИнтерНьюс

В Японии разрешили пересаживать органы свиной людям

Министерство здравоохранения Японии разрешило пересаживать органы свиной человеку. Считается, что такие трансплантации позволят сократить лист ожидания необходимых для пересадки тканей, клеток и органов.

Известно, что такие пересадки уже начали проводить в других странах, например, в Китае. Недавно была опубликована информация о том, что бета-клетки свиной были пересажены пациентам с диабетом 1 типа, а также о том, что трансплантация свиной роговицы помогла восстановить зрение мужчине, слепнувшему от инфекции, возникшей из-за попадания в глаз насекомого.

Ранее пересадки органов от свиной людям в стране были запрещены, что было связано с возможным заражением людей вирусами животных. Принимая решение о легализации подобных трансплантаций, эксперты руководствовались данными, полученными учеными из других стран — информации о том, что такие пересадки сопровождались развитием серьезных осложнений или же приводили к заражению вирусами не поступало.

В ближайшее время будет разработано руководство по безопасности, регулирующее правила проведения подобных трансплантаций, а также экспериментов по использованию индуцированных стволовых клеток для пересадок.

МедПортал

Фармакологи из США выяснили, как переизбыток приводит к еще большему переизбытку

Если потреблять слишком много калорий, в кишечнике блокируется механизм, обеспечивающий обратную связь с мозгом. В результате ощущение сытости не наступает, и организм требует еще больше еды.

Гормон кишечника уругуанилин играет важную роль в развитии ожирения: в норме он передает в мозг «сигнал сытости», однако при ожирении этого не происходит. Чтобы выяснить, что при этом «ломается» в организме, группа ученых из Стэнфордского университета и Университета Томаса Джефферсона в США измерила уровень уругуанилина и его рецепторов у передающих мышей и мышей на нормальной диете.

Ученые сажали лабораторных мышей на высококалорийную диету и наблюдали за тем, как будут себя вести клетки тонкого кишечника, отвечающие за синтез уругуанилина. Оказалось, что вне зависимости от того, были мыши изначально худыми или толстыми, чрезмерное потребление калорий останавливало синтез «гормона сытости». При этом количество рецепторов уругуанилина в мозге не уменьшалось, и при сбалансированной диете животные снова могли синтезировать гормон и ощущать сытость.

Исследователи предположили, что синтез уругуанилина останавливался из-за нарушений в эндоплазматическом ретикулуме (ЭПР) — клеточной органелле, в которой синтезируются многие белки и гормоны. Иногда ЭПР перестает работать в состоянии клеточного стресса, когда в ответ на неблагоприятное изменение окружающей среды клетка вырабатывает защитные и компенсаторные механизмы. В работе ученые проверили, может ли переизбыток вызывать такой же эффект. Применяя вещества, которые усиливают и ослабляют стрессовое воздействие на ЭПР, соответственно они показали, как при этом клетки прекращают и возобновляют синтез уругуанилина.

Результаты исследования опубликованы в журнале Nutrition & Diabetes.

Открытый учеными механизм показывает, что любые лишние калории — это стресс для клеток тонкого кишечника. Применяя уругуанилин или его аналоги, этот эффект можно ослабить и тем самым облегчить лечение ожирения.

ТАСС «Чердак»

ВЫСШАЯ ШКОЛА ТЕРАПИИ МГНОТ ПРОДОЛЖАЕТ РАБОТУ

А. Воробьев

Проекту «Высшая Школа Терапии МГНОТ» уже более 15 лет. Он создавался профессором П.А. Воробьевым для повышения уровня знаний врачей различных специальностей, в первую очередь поликлинического звена. Программа мероприятий включает в себя заболевания легких и респираторного тракта, эндокринологические, гастроэнтерологические, неврологические, гематологические проблематики, вопросы терапии боли и другие важные темы. Ежегодно обсуждается состав возбудителей и особенности клиники и терапии респираторных инфекций, формируются актуальные рекомендации.

За прошедшие годы лекторами на занятиях в Высшей Школе Терапии выступали ведущие специалисты, такие как академики Андрей Иванович Воробьев, Анатолий Владимирович Покровский, Юрий Никитич Беленков, профессора Михаил Петрович Савенков, Мария Генриховна Глезер, Андрей Алексеевич Зайцев, Владимир Анатольевич Парфенов, Александр Игоревич Синопальников, Тамара Сергеевна Перепанова, доцент Сергей Сергеевич Вялов и многие другие.

Занятия Высшей Школы Терапии проходят в Доме приемов «Садовое кольцо» по адресу Проспект мира, дом 14, строение 1, недалеко от станции метро «Сухаревская» в большом, просторном зале, вмещающий более 100 человек. Аудиторию Высшей Школы Терапии составляют в основном практикующие врачи-терапевты, по статистике их около 70%. Но приходят на занятия и кардиологи, которые составляют 5% от всех врачей, неврологи — 7%, гастроэнтерологи — 4% и другие специалисты. Большинство врачей работают в городских поликлиниках, около 40%, в больницах — 19%, в медицинских центрах и институтах — 10%. На другие медицинские учреждения приходится по 3–5%.

В 2015 году количество посетителей занятий варьировалось от 80 до 121 человека в месяц, всего было проведено 17 заседаний, каждое состояло из 2 лекций. Начинаются занятия Высшей Школы Терапии в 17:30 и длятся два академических часа, проходят в форме интерактивной лекции с сопровождением мультимедийной презентации. На заседании обсуждаются интересные вопросы, проводятся дискуссии, клинические разборы больных. Для обучающихся в ВШТ создана обязательная регистрация, которая проходит на каждом заседании и предусматривает заполнение анкет для вновь вступивших членов МГНОТ. В Высшей Школе Терапии существует система баллов/кредитов. Они начисляются за посещение мероприятия (2 кредита) и просмотр видеолекций (0,5 кредита), которые размещаются на сайте www.mgnot.ru и доступны каждому желающему. Участники Высшей Школы Терапии могут пройти регистрацию на сайте www.mgnot.ru и создать свой личный кабинет, где удобно просматривать количество начисленных баллов. С начала 2016 года мероприятия не только записываются и выкладываются на сайт в виде видеолекций, но и транслируются в сети интернет онлайн.

Помимо этого, все отчеты о заседаниях публикуются в газете «Вестник МГНОТ».

По завершению учебного года врачам выдаются сертификаты участников с количеством прослушанных часов и начисленными баллами. Также за определенное количество накопленных баллов участники ВШТ получают свидетельства «Актуальные вопросы гериатрии» от Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

ПЛЕНУМ МОООФИ

Москва, 12.04.2016

В апреле месяце двенадцатого числа 2016 г. под председательством проф. П.А. Воробьева состоялся очередной Пленум Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований». Заседание происходило в Центре Международной торговли, присутствовало более 60 человек, представляющие различные отделения нашего Общества: Дальневосточное, Хабаровское, Челябинское, Хакасское и др. С докладами выступили Сулейманов С.Ш., д.м.н. профессор, генеральный директор ООО «САИКО», Краснова Л.С., к.м.н., Исполнительный директор МОООФИ, Пименова А.Е., к.э.н., научный сотрудник лаборатории оценки и стандартизации медицинских технологий ФГБУ ГНЦ ФНКЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Дугин Д.Н., к.м.н., исследователь МОООФИ, Воробьев А.П., Директор по Экономике МОООФИ

Сулейманов С.Ш., сделал доклад «Медицинский туризм как зеркало российского здравоохранения». Медицинский туризм — это предоставление медицинских услуг за пределами страны пребывания, совмещение отдыха с получением медицинской помощи. Так как государственная медицина сокращается, возникает частная медицина. Высокая стоимость планка частной медицины — это влияние общего инвестиционного климата в стране. Трудно сказать сколько человек пользуется медицинским туризмом, ежемесячно около 6 млн. ищут в Яндексе предложения помощи за границей, обычно в Израиле, Германии, Швейцарии и др. Медицинский туризм породил новую концепцию современного здравоохранения. Не имея возможности решить свою

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

проблему в своем государстве, пациент выбирает страну, где ему могут предложить обследование и лечение.

Краснова Л.С., представила исследование «Клинико-экономический анализ при респираторном дистресс-синдроме у недоношенных». На первом этапе провели оценку медицинской технологии применения порактанта альфа для лечения респираторного дистресс-синдрома у недоношенных проводилась в 2014 г. на основании ГОСТ Р 56044. С уровнем доказательности А порактант альфа в дозе 100 мг/кг или 200 мг/кг в сравнении с берактантом в дозе 100 мг/кг снижает частоту развития пневмоторакса, внутрижелудочкового кровотечения, смертности, необходимость повторного введения, длительность оксигенотерапии и ИВЛ. С использованием модели дерева решений проведен расчет показателя «затраты—эффективность» с учетом конечной точки: показателя смертности к 28-му дню лечения РДС. Эффективность определялась как число больных, которых необходимо пролечить для предотвращения 1-го случая смерти. По предварительным данным получилось, что порактант альфа клинически эффективнее и экономически выгоднее, чем берактант.

Пименова А.Е. рассказала о деятельности «Совета по инновациям ФМБА России». ФМБА является сложной системой, в его составе медицинские и научные организации, производственные предприятия, Служба крови. Разработан ряд уникальных медицинских технологий, в связи с чем возник вопрос оценки этих технологий и их продвижения в практику. В 2015 г. был создан независимый экспертный орган — Совет по инновациям, в его задачи входит профессиональная оценка медицинских технологий и их стандартизация. Оценка проводится в 5 этапов. Экспертная оценка включает в себя оценку безопасности, эффективности и экономичности медицинской технологии. Важнейший элемент оценки медицинской технологии — это публичное обсуждение результатов научной экспертизы, обеспечивающее прозрачность и объективность результатов работы системы.

Дугин Д.Н., сообщил об «Оценке медицинских технологий профилактики и лечения гриппа». ВОЗ считает эффективным методом профилактики гриппа ежегодная вакцинация. Было поставлено два вопроса: насколько вакцинация безопасна и насколько она эффективна по твердым точкам: уровень заболеваемости, частота госпитализаций, частота побочных эффектов и смертность. Включено было 24 систематического обзора. В ряде обзоров было указано, что данных для оценки безопасности недостаточно. Остальные обзоры говорят, что риск развития побочных эффектов у вакцин не выше, чем у плацебо. У беременных эффект от вакцинации весьма скромный в отношении гриппа, в отношении ОРВИ отсутствует. У пожилых лиц сделать выводы не удалось из-за плохих доказательств. Аналогично и при ХОБЛ, у больных с бронхиальной астмой, муковисцидозом, медицинских работников — польза отсутствует; по остальным категориям данные сомнительны, эффективность не доказана.

Для лечения ВОЗ рекомендует применение этиотропных препаратов. Мы взяли 4 популярных препарата в России: Анаферон, Ингавирин, Арбидол и Кагоцел. По Анаферону исследований фармакокинетики и фармакодинамики обнаружить не удалось, по данным опубликованных исследований частота побочных эффектов оказалась низкой. Безопасность Арбидола: в разных инструкциях не согласованы противопоказания для беременности и лактации, неизвестен риск лекарственного взаимодействия при одновременном применении с индукторами и ингибиторами изофермента цитохрома Р 450, например, кетоканазолом, эритромицином и др. Безопасность Ингавирина: за 3 месяца до регистрации Ингавирина был зарегистрирован дикарбонин. У них одно и то же действующее вещество, разница в дозе составляет 10 мг, однако у них разные фармакологические действия. Ингавирин в плазме крови не обнаруживается, производитель говорит, что нет исследований фармакокинетики. Дикарбонин обнаруживается уже через 10 минут. Ингавирин выводится кишечником, дикарбонин — почками. Возникают вопросы, почему же такое разное взаимодействие, свойства. Кагоцел — варианта госсипола — препарата, который угнетает сперматогенез. В 1998 г. группа ВОЗ исследовала влияние госсипола на человека и пришла к выводу, что риск от применения превышает пользу.

По доказательности эффективности есть только ограниченные исследования с хорошим дизайном для Арбидола, для остальных — либо нет исследований, либо высокая вероятность подтасовки результатов (Ингавирин).

Воробьев А.П., сделала доклад об «Экономике доврачебной синдиальной диагностики с применением системы MeDiCase». Это проект увеличения доступности медицинской помощи в удаленных поселениях. Кейс включает в себя набор медицинских датчиков, смартфон со специальным программным обеспечением и вопросником, который позволяет опрашивать пациента без помощи врача. Кейс передается парамедикам в поселки Карелии с численностью населения менее 100 человек. Программа построена по типу дерева решения. Все вопросы закрыты с ответами только «да» или «нет». Программа автоматически передает данные о биометрии и опросе врачу консультативного центра. Врач принимает решение госпитализировать больного, обследовать амбулаторно или не делать ничего. Возникает вопрос, как правильно оценить подобную медицинскую технологию, ее эффективность и экономическую целесообразность, если в альтернативе — практически полное отсутствие медицинской помощи.

Продолжение на стр. 5

Начало на стр. 4 ↗

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 18 января 2016 г.

Сопредседатели: профессор Парфенов В.А., профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Профессор Воробьев П.А.: Здравствуйте! Для начала хочу поднять вопрос «свинского» гриппа. Только что мне позвонили из питерской Боткинской больницы, сказали, что 300 человек госпитализировано, 11 в реанимации. Если это правда, то это ужасно, потому что наша с вами медицина не готова к такому объему пациентов, которые требуют искусственной вентиляции легких, обязательного плазмафереза, лечения тяжелого ДВС синдрома и т.д. Если вы откроете интернет, то увидите, что идут разговоры: по всей стране умирают люди. Мы с вами уже много лет поднимаем этот вопрос и рекомендации известны: лечение ДВС-синдрома, плазмаферез, свежесамороженная плазма и гепарин. ИВЛ — в щадящих режимах, так как легкие просто разрываются, легкого как такового не остается, нет поверхности газообмена, только фибринозно-геморрагическая пропитанная «конструкция». Гораздо эффективнее оказывается экстракорпоральная оксигенация — вплоть до того, чтобы гонять кислород через диализатор вместо диализного раствора, через который крутится насосом кровь. Совершенно очевидно, что прививки не работают, не существует доказательства их эффективности.

Доклад:

1. Воробьева О.В., профессор кафедры нервных болезней ИПО ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

«Боль в спине. Как не упустить главное?»

Во-первых, полезно сразу же стратифицировать пациентов с болью в спине на две группы: боль, ассоциированная с потенциально опасными заболеваниями (опухоль, переломы, воспалительные заболевания, симптом конского хвоста, аневризма брюшной аорты и т.д.) и неспецифическая боль в спине, с и без радикулярной боли (95%). Правильно оценить боль в спине можно при помощи так называемых симптомов «красного флага»: демографические показатели (первое появление боли в возрасте до 20 и после 55 лет), характеристики боли, симптомы сопровождения и симптомов «желтого флага»: радикулярная боль, длительная иммобилизация, психосоциальные факторы. У пациентов с неспецифической болью в спине следует оценить, двусторонняя или односторонняя ли это локализация и, во втором случае, есть ли иррадиация в ногу. Боль, иррадирующая в конечность, характеризуется большей тяжестью и тенденцией к хроническому течению. В 1% случаев причиной возникновения радикулярной боли является поясничный стеноз, в 10% — компрессионная радикулопатия, в остальных случаях боль считается ассоциированной с другими причинами, установить которые удается крайне редко. К клиническим признакам радикулярной боли относят внезапное острое или подострое начало, часто с наличием провоцирующего фактора, характерна унилатеральная локализация боли с распространением на конечность, зачастую боль в ноге выражена больше, чем в спине, стреляющий, пронизывающий характер боли, позитивные прямой и перекрестный тест Ласега. Имеются также симптомы выпадения корешка: сенсорные, слабость и гипотрофия в «индикаторных» мышцах, а также выпадение рефлексов.

Клиника нерадикулярной боли очень разнообразна. К примеру, при фасеталгии боль может ограничиваться пояснично-крестцовой областью над пораженным суставом, иррадиировать на переднюю поверхность бедра, имитируя радикулярный болевой синдром. Провоцирующим фактором часто является неловкое ротационное движение. Облегчают такую боль ходьба, позиция лежа на спине или на боку с согнутыми ногами, флексия позвоночника с опорой на руки или локти.

Клинические характеристики дискогенной боли: часто генерализованная, усиление боли в момент разгибания позвоночника и при сидении, возможна провокация боли при вибрационной нагрузке (проба с камертоном).

Частой причиной боли в спине является вторичная боль, источником которой является скелетная мускулатура вне сегмента за счет рефлекторного повышения мышечного тонуса. Вторичная боль также может стать хронической и существовать сама по себе даже после устранения первоначальной причины.

Важным моментом является то, что источник боли почти не влияет на выбор терапии. В лечении острой боли следует сочетать применение анальгетиков и этиологического лечения, при хронической боли: анальгетики, психотерапия, активация а также психологическая и социальная поддержка. У большинства больных острая боль полностью разрешается в течение 2—3 недель (максимально — до 6 недель). При хронической боли длительность приема в среднем 4—8 недель, но не больше 12 недель. Следует оценивать следующие риски: гастроинтестинальный, кардиоваскулярный, функцию печени и наличие анемии у пациента.

Кеторол (Кеторол) обладает хорошим анальгетическим эффектом. Среди щадящих препаратов выделяется такой препарат, как Нимесулид (Найз), селективный бло-

катор циклооксигеназы-2. Его существенным недостатком является гепатотоксичность, хотя подобных случаев в отечественной практике зарегистрировано не так много. Имеется также протективное действие Нимесулида в отношении суставных хрящей. Недавно в России появился NO-ассоциированный НПВП. Это пролекарство, неселективный НПВС, Найзлайт. Стимулирует выработку эндогенного NO за счет наличия в составе молекулы ванилиновой группы, обладает обезболивающим, противовоспалительным и десенсибилизирующим эффектом, влияет на таламические центры болевой чувствительности, а также обладает двойным механизмом защиты желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки. Эффективно также адьювантное использование витаминов группы В (как, например, в препарате Нейробион, инъекционные и пероральные формы).

После доклада активно обсуждался вопрос эффективности физиотерапии. Самым доступным и наиболее хорошо себя показавшим считается метод теплового воздействия, снимающий мышечный спазм. Для этого можно применять и различные пластыри, продающиеся в аптеках. Важно, что при наличии противопоказаний, альтернативой НПВС является воздействие через интерлейкины, к примеру, таким препаратом как Дицерин. В ряде случаев могут применяться антиконвульсанты, препарат Катадолон обычно используется при хронической боли, но доказательная база выше у Прегабалина. Гормоны, безусловно, обладают анальгетическим эффектом, хотя лучше по возможности обходиться без них. Радиочастотная абляция может использоваться при фасеточном синдроме. Говоря о гомеопатии и прочих вариантах нестандартной медицины, не имеющей доказательств эффективности, стоит отметить, что плацебо-эффект в отношении боли самый высокий.

Профессор Парфенов В.А. в комментариях озвучил данные крупного североамериканского исследования SPORT, по результатам которого было показано, что при проведении операций по поводу грыж дисков выздоровление наступает только незначительно быстрее при сравнении с консервативным лечением. Мировая и личная практика показывают, что проведение трансфораменальной, эпидуральной блокады позволяет максимально быстро и устранить боль при дискогенной радикулопатии (доказано). Причем процедуру лучше всего проводить под рентгенконтролем. За прошедший год были проведены крупные исследования, которые поставили под вопрос эффективность парацетамола. Западные коллеги используют иное понятие физиотерапии, подразумевая под ней кинезиотерапию — воздействие правильными движениями, выработывание здорового стереотипа движений, что активно и с успехом применяют. По мнению профессора В.А. Парфенова, единственным достоверным следствием частоты выполнения компьютерной томографии явилось повышение частоты выполнения не всегда обоснованных нейрохирургических вмешательств.

Доклад:

2. Агафонова Н.А., к.м.н.,
доцент кафедры гастроэнтерологии
Факультета усовершенствования врачей (ФУВ)
Российского национального исследовательского
медицинского университета (РНИМУ)

«Новое в лечении гастро- и энтеропатий»

Важным моментом является высокая частота самостоятельного применения НПВС пациентами. В связи с этим растет частота развития побочных эффектов НПВС. При этом при блокаде ЦОГ-2 частота сердечно-сосудистых рисков возрастает даже больше, чем гастроинтестинальных. Со стороны желудочно-кишечного тракта возможно возникновение НПВП-индуцированных эзофагитов, диспепсий, гастро- и энтеропатий. Нет безопасных доз и форм НПВС. При попытке защитить желудок возрастает риск более грозных осложнений, со стороны тонкой кишки. Гастро- и энтеропатии являются жизнеугрожающими состояниями, так как опасны желудочно-кишечными кровотечениями на фоне полного клинического благополучия. Очень важно оценивать исходные риски у каждого пациента, которому планируется назначение НПВС, а также осуществлять динамическое наблюдение за пациентом. Высокую доказательность имеет сочетание НПВС с препаратами ингибиторами протонной помпы. У этих препаратов также имеется ряд недостатков, связанных с отсутствием эффективности работы в кишечнике, снижение эффективности терапии дезагрегантами и повышение риска остеопороза. Была предпринята попытка использовать препарат Мизопростол — синтетический аналог простагландина — эффективный, но дорогостоящий препарат, к тому же обладающий множеством побочных эффектов, в результате чего его применение крайне ограничено. Ребамипид — производное хинолинов, гастропротективное средство. Главным его преимуществом является энтеропротективное действие путем индукции синтеза эндогенных простагландинов и ряд собственных защитных свойств. Побочные действия препарата схожи с побочными действиями Мизопростола, но частота их возникновения существенно реже (0,54%).

Профессор Воробьев П.А.: К слову, применение парацетамола является самой частой причиной трансплантации печени в Великобритании. Последствиями длительного приема НПВС является витамин К-дефицитная коагулопатия. Причем витамин К1 для людей в России не зарегистрирован.

ИнтерНьюс

Горячие напитки провоцируют рака пищевода

Употребление слишком горячих напитков может спровоцировать развитие рака пищевода. Об этом сообщило Международное агентство по изучению рака (International Agency for Research on Cancer (IARC)), являющаяся научно-исследовательской структурой ВОЗ. Такие выводы специалисты сделали на основе проведенных в различных странах работ.

При этом горячим считаются напитки температурой выше 65 градусов по Цельсию. Между тем, во многих странах пьют кофе или мате в значительно более горячем виде.

«Опасность, скорее представляет температура напитков, а не их состав. Вероятность возникновения заболевания возрастает в соответствии с повышением температуры, — заявил Кристофер Вайлд. — Нормальные температуры кофе и чая, при которых их принято пить в странах Европы и Северной Америки, гораздо ниже опасной черты, то есть ниже 60 градусов. По словам онколога, рак пищевода сегодня стоит на 8-м месте в мире по распространению среди онкологических заболеваний.

Доктор Питер

В Германии вырастили табак для борьбы с малярией

Чтобы получить больше артемизинина, наиболее эффективного средства против малярии, ученые из Германии перенесли гены из однолетней полыни в хлоропласты табака. Поскольку табак дает больший объем биомассы, артемизинин можно будет получать быстрее и эффективнее.

Артемизинин — самое эффективное средство против малярии. Его выделили в 1971 году китайские ученые из полыни однолетней *Artemisia annua*, когда проверяли эффективность народных средств борьбы с малярией. С тех пор артемизинин в небольших количествах получают из полыни. Ученые из Института молекулярной физиологии растений Общества Макса Планка придумали, как увеличить выход. Они перенесли все гены, отвечающие за синтез артемизининовой кислоты, предшественника артемизинина, в генетический аппарат табака, который дает значительно больший объем биомассы листьев, чем полынь.

Авторы исследования назвали свою методику COSTREL (англ. combinatorial supertransformation of transplastomic recipient lines), то есть трансплантомным подходом к переносу ДНК: «чужой» участок ДНК встраивается не в ядерный геном растения, а в геном хлоропластов — органелл, отвечающих за фотосинтез. Поскольку хлоропласты есть у всех фотосинтезирующих клеток растения, каждая зеленая клетка табака могла производить артемизининовую кислоту, в отличие от полыни, у которой за это отвечали специальные железы на поверхности растения.

После переноса генов, отвечающих за синтез артемизининовой кислоты в 600 генетически различающихся растениях табака, ученые отобрали те из них, которые давали максимальный выход лекарственного соединения. По словам исследователей, некоторые удачные сочетания ядерных генов способствовали более эффективному синтезу артемизининовой кислоты, хотя пока неизвестно, как именно работает этот механизм.

Чтобы извлечь артемизининовую кислоту из листьев табака, их замораживали в жидком азоте, затем дробили на мелкие кусочки и после разморозки выделяли необходимые фракции с помощью систем очистки. В итоге ученые получали до 120 миллиграмм артемизининовой кислоты на килограмм биомассы табака, которую затем легко превратить в артемизинин при помощи химической реакции.

За открытие артемизинина китайка Ту Юю получила Нобелевскую премию по медицине и физиологии в 2015 году.

TACC «Чердак»

ИнтерНьюс

В США могут разрешить редактировать человеческий геном

В ближайшее время в США будет рассмотрена заявка, касающаяся модификации генома человека с помощью системы CRISPR/Cas9. Группа ученых из Университета Пенсильвании (University of Pennsylvania) планирует заняться редактированием ДНК Т-лимфоцитов, что поможет бороться с саркомой, меланомой и миелоидным лейкозом. В том случае если разрешение будет получено, исследователи будут выделять Т-лимфоциты из организма пациента, модифицировать их и вновь вводить больному. Это позволит его иммунной системе эффективнее бороться с опухолями. Исследователи планируют внести изменения в два гена, присутствующие в Т-клетках. Один из них подавляет способность Т-лимфоцитов атаковать опухолевые клетки.

Ранее Карлу Джуну (Carl June) и его коллегам уже удавалось модифицировать Т-лимфоциты, однако они не использовали для внесения изменений и получения клеток, получивших название CAR-T, систему редактирования генома. Применение CRISPR/Cas9 позволит сделать такое редактирование более точным, объясняют авторы.

Напомним, что использование системы CRISPR/Cas9 уже разрешено при редактировании генома человеческих эмбрионов — такие эксперименты теперь легальны в Великобритании и Японии. В США же недавно поступили в продажу шампиньоны, которые также были модифицированы с помощью этой системы.

МедПортал

В США врачебные ошибки назвали одной из главных причин смертности

Более 250 тысяч смертей в США ежегодно происходят из-за врачебных ошибок, сообщает The Guardian со ссылкой на результаты исследования, проведенного специалистами Школы медицины университета Джона Хопкинса. Это около 9,5% от общего годового числа смертей в стране.

Данные исследования опубликованы в новом выпуске British Medical Journal. В ходе анализа рассматривалась не только смертность в результате заболеваний, но и другие массовые причины ухода из жизни: ДТП, пожарах, суициды, отравления.

Как отмечают авторы, в США, как и в Международной классификации заболеваний, нет отдельного кода в статистике для фиксирования смерти по причине врачебной ошибки, однако аналитики Университета попробовали выделить такие данные из статистики, начиная с 1999 года.

Если сравнивать со статистикой Центра по контролю за заболеваниями и профилактике, то ошибки врачей — это третья по распространенности причина гибели американцев. Больше умирает только от сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

Таким образом, согласно этому анализу, от врачебных ошибок скончалось значительно больше американцев, чем, например, от болезней органов дыхания (более 147 тысяч человек в 2015 году, по данным Центра по контролю за заболеваниями и профилактике, который эту причину называет третьей по опасности).

При этом в работе отмечается, что человеческий фактор будет существовать всегда, и нельзя в каждом случае вину за эти смерти возлагать целиком на медработников.

Тем не менее авторы исследования настаивают, что такая причина смерти как врачебная ошибка должна быть включена в международную статистику. По их мнению, это могло бы, в том числе, помочь сократить их число.

Интерфакс

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

Документ — Декларация — по сути не нов, он является консенсусом, отражая различные точки зрения подписавших его. Естественно, хотя я и стою в соавторах, некоторые позиции мне лично представляются отраженными неполно. Первое же утверждение Декларации весьма спорно: государству приходится экономить на многом. Но не на всем: огромные средства тратятся на военные нужды, а социальные траты сокращаются или как минимум не растут. Вопрос даже не в относительных цифрах, а в абсолютных: военный бюджет кратно больше бюджета здравоохранения. Это несправедливо по отношению к своему народу. Обычно в этом месте следует реплика чиновников, что правительство и готово дать еще денег, но не знает на что. Лукавство: если не хотеть — никогда и не узнаешь. Проще жить в неведении, пользуясь лживой статистикой, доверяя лживым словам вместо фактов.

Если бы я стал министром здравоохранения

Павел Воробьев

История этого текста такова: не так давно, весной 2016 года, на сайте «Эхо Москвы» появилась Декларация, подписанная двумя десятками завязанных оппозиционеров от здравоохранения о путях развития нашей отрасли. Приурочен документ к началу предвыборной борьбы. И обращен к партиям, идущим в Государственную думу. Вскоре я получил письмо от сотрудника «Медицинской газеты» с просьбой написать о проблемах здравоохранения и возможных путях их решения. Мол, Минздрав учит пожелания масс. Я написал текст и вскоре получил ответ: «Павел Андреевич, доброго дня! Спешу сообщить, что, к величайшему моему огорчению, Ваш материал вызвал множество вопросов у моих коллег и его не пропустили. Мне досадно, что так вышло. Как видно, на дворе непростые времена, правда глаза жжет. Все же рассчитываю, что в более подходящий момент мы сможем дать этот материал. Извините, что подвел Вас. Пускай слабым утешением для Вас станет то, что мне было чрезвычайно интересно читать Ваши рассуждения! С искренним уважением и надеждой на продолжение нашего сотрудничества». Я и не рассчитывал, что статья будет опубликована в этом издании, я не очень с ним дружу, оно за деньги публикует доносы, например. Но, подумал, может что-то там поменялось. Не поменялось. Цензура в ходу. Поэтому публикую этот текст в Вестнике МГНОТ.

Здоровая нация, как очевидно показывает практика последних лет, не нужна государству. Не стану искать конспирологических причин, скорее всего — эта тема глубоко безразлична властным структурам, отделенным красными толстыми стенами от истинных процессов, происходящих в стране. Поэтому сомневаюсь, что здравоохранение является приоритетной темой. Ему отдают дань, но ровно настолько, насколько можно вообще ничего о нем не говорить. Страницы СМИ, экраны отдалены сомну сомнительных личностей, колдунов, кликуш, развлекающих народ, забалтывающих истинные проблемы. Народ верит, ведется, а когда наступает час расплаты, винит в отсутствии медицинской помощи врачей.

Я бы не сказал, что наше здравоохранение неэффективно. Я бы сказал, что его скорее нет, чем оно есть. Отдельные всполохи бывают, но как система оно уничтожено. Это важный факт: нам уже нечего реформировать, нечего улучшать — нам надо строить заново. Тот остов, который мы видим, — это колосс на глиняных ногах: участковые врачи обслуживают по 3—5 участков, строящиеся ФАПы и на 30% не заполнены персоналом, приписки в системе достигают 60—70%, дефицит специалистов по всем направлениям — более 50—70%, лишь 20—30% выпускников ВУЗов остается в профессии. И это лишь цифровая верхушка айсберга.

В этих условиях идея сократить рабочие места выглядит привлекательной: вместо разумного пересмотра функций, мы просто ликвидируем больницы и поликлиники. В ожидании, что врачи из ликвидированных организаций чудесным образом перетекут в оставшиеся и заполнят там пустоты. Наивность схемы очевидна: нужна мотивация, которой нет (пусть даже и зарплата высокая), нужны иные функциональные стратегии, которые подсластят пилюлю («все для фронта, все для победы» — ну хоть бы лозунг какой креативный придумали бы) и, наконец, основная масса врачей — люди в возрасте, которых давно заждались внуки, им проще уйти с работы вовсе.

Какие-то судорожные попытки изменения функционала делаются, например, под странной эпиграфией «московской модели поликлиники», но делается не до, а после чудовищных преобразований, после того, как врачи покинули свои рабочие места. А молодежи им на смену нет...

Платный хаос в медицине жуток: отнесешь последнее. Не раз слышал я истории про проданные машины и кварти-

ры — только бы помочь близким. Ужас в том, что проданная квартира адекватной помощи не гарантирует. Ибо выкачивание денег — это насос самообеспечивающийся, тут не работает ни совесть, ни честь, ни клятва Гиппократова, которую мы в основном не давали, и где ничего про деньги не написано. Главное — цена чека.

А есть ли в стране система здравоохранения как система? Ответ отрицателен: в Конституции, этой «священной корове», написано, что в стране три — целых три — системы здравоохранения. Государственная, муниципальная и частная. Именно так, дословно. Ни сектора, ни подсистемы. И потом повторено в законе: три системы.

Казалось бы, если мы такие умные, что перевели у кого-то из иностранных советников, кто нам Конституцию ваял, про три системы — дайте им определение, попробуйте описать портрет. Нет, ничего и нигде. По умолчанию понимается, что муниципальный сегмент — это придаток государственного, а про частное мы знаем, например, про государственно-частное партнерство. О как, партнерство. Они им партнеры. В чем?

Кстати, муниципальное здравоохранение усилиями Татьяны Голиковой было де-юре уничтожено: всех приписали к областным больницам и департаментам здравоохранения. Возможно потихоньку это безумие сошло на нет, но был период активного уничтожения муниципального звена. А как же — управлять-то легче. Вопрос не в оказании помощи, а в управлении.

Так что дело? Первое: создание Национальной системы здравоохранения. Она должна включать в себя как сектор первичной медицинской помощи, куда, кстати, можно отнести и само-и взаимопомощь, помощь со стороны парамедиков, так и сектор охраны здоровья, сектор специализированной медицинской помощи, медико-социальной реабилитации. Это в первом приближении.

Медицинская помощь должна быть в основном бесплатна для населения. Это очевидный и непреложный факт. Вопрос даже не в справедливости и доступности, вопрос в уродливости самой системы оказания помощи за деньги. Помощь за деньги — это не помощь. Это торговля несчастьем. Тут очень надо понять глубинную несуразность, абсурдность такой системы. Медицинская помощь — это всегда коллегиальная ответственность граждан за своих сограждан. И с точки зрения финансов, и с точки зрения организации. Например, содержание скорой помощи далеко не всегда выгодно, но оно целесообразно, если наша задача — своевременное оказание экстренной помощи. Затрачивая на Скорую, мы можем рассчитывать на экономию, к примеру, в сроках пребывания пациентов в реанимации из-за своевременности операции. Вроде пример тривиален, но, видимо, не всем очевиден, ибо мы видим сокращение и закрытие скорых подстанций, значительное увеличение плеча доезда машин, отсутствие развития малой санивации, в том числе вертолетной.

Важнейший сектор — это первичный этап оказания медицинской помощи. Надо быстро уходить от врачей и фельдшеров (не закрывая то, что есть, а добавляя туда, где пусто) к парамедикам, встроенным в систему телемедицинской помощи. Это недорого и эффективно. Приборы для самодиагностики сегодня общедоступны: тонометры, глюкометры, ритмографы, термометры, спирометры, всякие скопии с использованием смартфонов и т.д. Уже идет создание опросников, которые позволяют провести предварительный опрос для выявления заболеваний и для экстренного диагноза и для контроля за основными неинфекционными болезнями.

Вопрос платности/бесплатности услуг системы здравоохранения краеугольный. Если люди вынуждены платить, они будут выбирать, за что платить подешевле, а это будет та медицинская помощь, что похуже. Только не надо иллюзий. Другое дело — сооплата. Если базовая часть затрат на медицинскую помощь компенсируется, человек может небольшие деньги доплатить. Такая система в мире развита: за каждый отоваренный аптекой рецепт, например, платится небольшая одинаковая сумма, не зависящая от цены лекарства. И, безусловно, есть контингенты, освобожденные от такой сооплаты. Цель ее не только «отжать» деньги у пациента, как это выглядит в условиях отечественной платной медицины, а, с одной стороны, сделать пациента соучастником процесса, чтобы он, например, не желал лишнего рецепта, с другой — ускорить поступление денег в аптеку, так как в условиях возмещения затрат она получит средства через несколько месяцев после выдачи лекарства.

Когда речь заходит о бедности и нищете нашего здравоохранения, следует внимательно посмотреть на его траты. Про приписки мы уже писали, про воровство в системе очевидно. Например, на что потрачено 33 млрд руб.,

Я бы не сказал, что наше здравоохранение неэффективно. Я бы сказал, что его скорее нет, чем оно есть. Отдельные всполохи бывают, но как система оно уничтожено.

Медицинская помощь должна быть в основном бесплатна для населения. Это очевидный и непреложный факт.

Начало на стр. 6

отпущенных на информатизацию в здравоохранении? Но есть постоянный канал утечки денег, который становится все больше и больше и перекачивает средства из российского здравоохранения в иностранные карманы (напомню, РОСНО принадлежит немцам). Это последнее, конечно, больше эмоции, мы ведь не все политкорректны. И тем не менее. Сбор денег с работающих граждан в виде косвенного налога, про который многие и не догадываются, перевод из негосударственного фонда ОМС в частные страховые компании с усушкой и утруской по дороге в виде процентов на содержание, отъем денег у медицинских организаций в виде штрафов — вот финансовые результаты созданной квази-страховой системы. Системы, которая кроме денежных потоков, не отвечает более ни за что. А суммы, вынимаемые из здравоохранения измеряются десятками миллиардов рублей.

Нам поначалу декларировали счастливое будущее, где богатый платит за бедного. Но на деле богатый не платит ничего, так как он живет не на зарплату, а на иные доходы, ренту, а налог у нас на заработную плату, а не на доход. Более того, если доход человека больше чем... то налог на здравоохранение с этой суммы превышения не взимается. А то вдруг богатый победит.

Второй лозунг: здоровый платит за больного. Если бы у нас не было огромных платежей за услуги и лекарства — можно было бы обсуждать справедливость этого. Но, лекарства у нас облагаются НДС. То есть больной, покупая лекарство, платит налог за здорового, лекарство не покупающего.

Так зачем нам такая античеловечная система мытарства. Проще уж добавить пару процентов на подоходный налог и денег в системе здравоохранения будет больше аж вдвое. А то и втрое. Ибо до 80% доходов наших граждан — не заработная плата, а иные поступления.

Еще один не прозрачный источник финансирования ОМС — подушевое финансирование неработающего населения из средств бюджетов. Эти деньги куцых местных налогов, которые перечисляются в фонды ОМС, а оттуда в частные страховые компании. А ведь неработающих граждан у нас вполне по числу сопоставимо с работающими. Так зачем вся эта сложная кутерьма? Только для наполнения карманов страховщиков?

Итак, источник повышения средств в системе здравоохранения на поверхности. Но даже если денег станет больше, система лучше не заработает. Так как нацелена на «освоение средств». Вспомним, когда подняли проценты по налогу на ОМС чуть не в 2 раза — что случилось? А деньги эти ушли на мифические «проекты» по покраске стен и ремонту крыш, закупку оборудования, которое и по сей день не установлено кое-где (а было это лет 5 назад). На какие-то глупые проекты по внедрению стандартов в практику. У врачей эти проекты вызвали смех сквозь слезы. Но деньги успешно были потрачены. В никуда.

Поэтому второй важный вопрос финансирования — распределение бюджета. Даже если он будет собираться в виде подоходного налога и аккумулироваться в фонде — его все равно надо как-то тратить. И вот здесь наступает важный момент: бюджет должен тратиться по-разному. Конечно — никаких страховых компаний — прямые перечисления провайдеру медицинской помощи. Не должно, не может быть единого механизма затрат для всего. Поясню. Скорую помощь надо содержать. По нормативам. Не менее чем. На душу населения, на время доезда — давайте согласовывать критерии. Но, очевидно, сдельная оплата для экстренных служб абсолютно неприемлема.

Первичное звено медицинской помощи тоже должно стать содержанкой. И никаких нормативов приема, плана по диспансеризации, вакцинациям и т.д. Нужна одна норма: в каждом населенном пункте должен быть обеспечен контакт с первичным звеном медицинской помощи. Пусть через телемедицинский терминал и парамедика. Там, где населения побольше и живут погуще, можно и врача или фель-

дшера завести, чтобы у них образовался куст парамедиков. Это уже вопрос технический, организационный, а не принципиальный.

Следующий болезненный вопрос — лекарственное обеспечение первичного звена медицинской помощи. Уж сколько раз твердили миру: это выгоднее, чем тот лекарственный базар, что развели мы в стране. Список основным лекарств должен быть небольшим — всего 250—300 наименований. Лекарства из этого списка должны быть бесплатны для пациентов — строго по рецепту врача и в соответствии со стандартом (протоколом). Цепочка должна быть прозрачной и подконтрольной. Выписали — получи. Если хочешь что-то свыше — за твои деньги через систему сооплаты. Например, хочешь вместо эналаприла какой-либо другой ингибитор АПФ — деньги в кассу, за вычетом цены эналаприла. Механизм очень несложный. И он уже оправдал себя в России, например в программе 7 нозологий, в Кировской области, на Украине. Везде общие затраты (включая Скорую помощь, госпитализацию) быстро и существенно сни-

Но даже если денег станет больше, система лучше не заработает. Так как нацелена на «освоение средств».

жаются, если пациенты имеют доступ к бесплатным основным лекарствам. Да, отбирать в такой список лекарства надо очень тщательно, выверяя всю подноготную доказательной и экономической базы при оценке технологии лечения. Но так весь современный мир живет, зачем нам тут велосипед изобретать и смешить народ своим списком жизненно необходимых лекарств из почти 700 позиций?

Часто начинаю ломать копыта над вопросом, а какой формы собственности должен быть провайдер медицинской помощи. Уверен — любой. Вопрос не в собственности, вопрос в единых стандартах, протоколах, которые у нас — по сути — отсутствуют. Система стандартизации была четко сформирована еще в начале 2000-х годов, но сейчас от нее ничего не осталось. Надо вернуть. Вернуть индикаторы качества оказания помощи — они должны быть едины и тщательно отслеживаться. Больничные формуляры, система менеджмента качества в медицинских организациях, аккредитация медицинских организаций: все это разрабатывалось, что-то уже существовало, но было за последнее десятилетие отброшено и забыто.

Другое дело — специализированная помощь. Она может оплачиваться по «законченному случаю». Надо знать, правда, что включает в себя этот случай. И, главное, запретить взимать дополнительную плату с пациентов. Это делается сейчас сплошь и рядом: «исследование не входит в стандарт и его надо оплатить». А ведь часть больных лежит без диагноза, проходят диагностический поиск. Недавний пример: глубочайшая железодефицитная анемия у мужчины предпенсионного возраста, со скандалом укладываем его в больницу с подозрением на кишечное кровотечение, там его пролечивают от дефицита железа и, не делая исследования кишечника, выписывают с рекомендацией сделать его амбулаторно. Вообще-то подозрение на опухоль, амбулаторно — это через несколько месяцев. Но — не судьба. Раньше такого не было, так как не было этой потогонной системы оплаты: от сих и до сих — платим, а это — ваш каприз. Все-таки главный лозунг медицина: она для больного, а не больной для нее.

Как можно заметить, предлагаемые изменения достаточно большие и требуют тщательной проработки. Обычно для такой проработки собирают группу экспертов. Костяк экспертной группы сформировался при Комитете гражданских инициатив, он, собственно и оформил эту Декларацию. Но декларация — всего несколько фраз, основных направлений. То, что написано выше уже глубже и детальнее. Однако нужны еще более глубокие проработки по каждому предложению, по каждой ветке решения, сведения этого в общий букет или приведения в единый ствол. И участие в таком обсуждении должны принять люди самых разных верований и убеждений, нужно выслушать всех и постараться достичь консенсуса. А это само по себе задача непростая. Но — достойная для министра.

Часто начинаю ломать копыта над вопросом, а какой формы собственности должен быть провайдер медицинской помощи. Уверен — любой.

ИнтерНьюс

Губки спасли жизнь военнослужащего

Устройство XStat для быстрой остановки кровотечения, представляющее собой шприц, наполненный крошечными губками, способными впитывать кровь, было разрешено к применению в клиниках США в декабре 2015 года. Изначально устройство создавалось компанией RevMedx для нужд американской армии, чтобы применять его для быстрой остановки кровотечения при колотых ранах и огнестрельных ранениях.

92 целлюлозные губки впитывают за 20 секунд примерно пол-литра крови, увеличиваясь в размере в десять раз. Можно сделать до трех таких инъекций, а губки могут оставаться в области раны около четырех часов, после чего их необходимо удалить. Каждая губка снабжена рентгеноконтрастной меткой, которая позволит убрать их все из раны.

На днях стало известно, что XStat действительно пришлось применить для спасения жизни. Пациентом стал военнослужащий, получивший огнестрельное ранение левого бедра, в результате чего оказалась повреждена бедренная артерия. Несмотря на то что врачи немедленно наложили жгут и приступили к операции, остановить остаточное кровотечение не удавалось в течение нескольких часов. После того как медики решились использовать XStat, кровотечение практически сразу остановилось, а состояние пациента стабилизировалось.

Об использовании кровоостанавливающего устройства стало известно впервые, но разработчики надеются, что XStat будет использоваться в клинической практике все чаще.

МедПортал

Сибирские ученые повысили эффективность лекарств без увеличения дозы

Ученые Института химической кинетики и горения имени Воеводского (ИХКГ, Новосибирск) разработали способ, позволяющий повысить в десятки и сотни раз эффективность лекарственных препаратов, сообщает официальное издание Сибирского отделения РАН «Наука в Сибири».

Отмечается, что более половины представленных на рынке лекарств относятся к малорастворимым или нерастворимым, что существенно снижает их биодоступность (усвояемость). В результате для достижения терапевтического результата приходится увеличивать дозу, что не только приводит к различным побочным эффектам, но и повышает стоимость лечения.

Ученые предложили использовать добываемую из корня солодки глицирризиновую кислоту в качестве средства доставки — химического соединения, которое формируют оболочку вокруг молекул лекарства, усиливая их растворимость и способность проникать через клеточные мембраны организма.

«Такой подход позволяет повысить биодоступность лекарств в десятки и даже сотни раз», — говорится в сообщении.

В частности, глицирризиновую кислоту применили для улучшения свойств лекарств от повышенного давления и аритмии — лапаконитина и нифедипина.

«Испытания на лабораторных животных показали, что с применением глицирризиновой кислоты дозу вышеуказанных препаратов можно уменьшить в десятки раз», — говорится в сообщении.

Кроме того, ученые успешно работали над усовершенствованием и многих других лекарств, включая нестероидные противовоспалительные и противораковые средства, над созданием которых также трудятся в ИХКГ.

Интерфакс

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Жюри Премии Московского городского научного общества терапевтов «за выдающиеся успехи в развитии отечественной терапевтической школы имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева 2016 года закончило голосование по избранию Лауреата Премии 2015 года.

Лауреатом единогласно признан ЛАЗЕБНИК ЛЕОНИД БОРИСОВИЧ профессор кафедры поликлинической терапии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова.

Торжественная Церемония вручения Премии планируется на пленарном заседании Московского городского научного общества терапевтов 21 сентября 2016 года в 17.30 часов в Анатомическом корпусе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Моховая, 11).





XXI Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

3—4 октября 2016 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
3—4 октября 2016 года
XXI 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 блоков по актуальным проблемам лечения пожилых больных, основой которых является дискуссия различных специалистов, предварительная вводная лекция. 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 2016 г.
Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2016 г.

ФОРМА УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

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

2. **Устное выступление с лекцией, докладом, научным сообщением, клиническим разбором, а также участие в постерной сессии:**
- Правила подачи заявки смотри на сайте: www.newdiamed.ru

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

3. **Публикация тезисов и статей** (бесплатно; правила подачи заявки на публикацию тезисов и статей смотри на сайте: www.newdiamed.ru).

Тезисы и статьи принимаются до 15 июля 2016 г.

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

Посещение секционных заседаний, симпозиумов, школ является СВОБОДНЫМ!

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.

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.ru, 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
Ответственный секретарь Нерсесян Мадлена Юрьевна (научная программа)
Секретариат Голованова Наталья Николаевна (по вопросам размещения)



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

Журнал
«Клиническая геронтология»
теперь доступен для загрузки!



Журнал «Проблемы стандартизации
в здравоохранении» теперь
доступен для загрузки!



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), В.В. Власов, А.Б. Зыкова

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Глезер М.Г., Дворецкий Л.И., Ивашкин В.Т., Лазебник Л.Б., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Парфенов В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8(495) 225-83-74, e-mail: mtpndm@newdiamed.ru www.newdiamed.ru

Отдел рекламы: 8 (495) 225-83-74

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

Внимание! В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!