



В ходе ежегодной коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства в 2016 году и задачах на 2017 год» министр Вероника Скворцова заявила о начале внедрения национальной системы клинических рекомендаций (клинических руководств) через автоматизированные рабочие места врачей. Министр сообщила, что внедрение клинических рекомендаций во всех регионах РФ планируется завершить до конца 2018 года. Хорошо забытое старое легко выдать за новое: разработка клинических рекомендаций, правда под другим названием — Протоколы ведения больных — была начата под руководством проф. П.А. Воробьева еще в конце XX века. Чиновники от медицины пока всячески препятствуют развитию этого направления. О сущности термина «клинические рекомендации», их практической ценности, необходимости широкого использования в медицинской практике и ответственности медиков за несоблюдение, а также о связи повсеместного внедрения клинических руководств с уровнем образования российских врачей мы побеседовали с доктором медицинских наук Василием Власовым — профессором ВШЭ, вице-президентом Общества специалистов доказательной медицины (ОСДМ).

— Василий Викторович, насколько широко в российском здравоохранении используются клинические рекомендации? И насколько они влиятельны?

— Клинические рекомендации — дело, с одной стороны, старое, а, с другой стороны, очень быстро изменяющееся в течение последнего времени. Можно сказать, что в том виде, в котором мы их знаем сейчас, они во всех нормальных странах стали доминировать своим влиянием после семидесятых годов. В том числе в Советском Союзе и в России. Но, начав доминировать, они, к сожалению, не стали решающим фактором. И если в Соединенных Штатах или в Австралии клинические рекомендации являются, например, основанием для суда, то у нас в суде они появились только в середине нулевых годов, до сих пор не став решающим аргументом. Понятно, наши органы насилия не хотят иметь дело ни с какими референтными документами, они хотят произвола, и этот произвол достигается разными способами. Но все-таки у нас есть прогресс в течение последних 20 лет. Он связан с тем, что большая часть авторитетов в здравоохранении, лидеров здравоохранения ориентирована на международную практику.

— Действительно ли так необходимы российским медикам клинические рекомендации?

— Они необходимы не абсолютно. В принципе, медицина не умрет без клинических рекомендаций. Но, поскольку медицина — это оказание помощи имеющимися средствами, клинические рекомендации предназначены для того, чтобы подсказать путь наилучшего оказания помощи, наилучшего решения. И если посмотреть на эти документы, которые появляются в течение последних двадцати лет, есть серьезный прогресс, который позволяет говорить о том, что и мы когда-нибудь тоже станем врачам представлять наилучшие советуемые документы. А польза в том, что таким образом можно совместными усилиями (клинические рекомендации — это ключевой документ) исключить неправильное оказание медицинской помощи или сделать его редким. И сделать обычным правильное оказание помощи.

— То есть избежать врачебной ошибки?

— Дело в том, что у слова «ошибка» очень много значений в русском языке, я бы его избегал в употреблении, потому что надо обязательно указывать, какой из смыслов мы имеем в виду.

— Есть врачи, которые считают, что без этих рекомендаций вполне можно обойтись.

— Конечно, большая часть врачей рассматривает клинические рекомендации как стесняющий их свободу документ, предписывающий, что надо делать. Но они для того и делаются. Для того чтобы ограничить свободу врачей для предоставления какого-то душа-пожелает лечения. Они предлагают правильный способ оказания помощи настолько, насколько это можно установить с помощью современных научных данных.

— А где они публикуются?

— Клинические рекомендации могут быть где-то опубликованы, пронумерованы и подшиты, но наличие такого центрального депозитария не является ключевым признаком.

...если в Соединенных Штатах или в Австралии клинические рекомендации являются, например, основанием для суда, то у нас в суде они появились только в середине нулевых годов, до сих пор не став решающим аргументом.

Допустим, тридцать лет назад в Советском Союзе кардиологи уже ориентировались на рекомендации по лечению инфаркта миокарда или артериальной гипертензии, которые переводились с английского. А тот факт, что министр здравоохранения это не утверждал, и не было нигде ника-

— Обязательны ли к применению клинические рекомендации?

— Обязательность — только на первый взгляд простой вопрос, а в действительности все достаточно сложно. Например, иностранцы, когда знакомились с советской

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

### Василий Власов:

## «За исключением субъективных впечатлений никаких доказательств того, что нынешние врачи хуже вчерашних, не существует»



кого вводящего в действие эти рекомендации приказа, никого особенно не волновал. Нормальные кардиологи ориентировались на эти рекомендации и знали их.

Начиная примерно с восьмидесятого года, практика адаптации международных документов стала почти общепринятой: туда же пошли ревматологи, пульмонологи. И некоторые из них, конечно, утверждались какими-то медицинскими начальниками, а некоторые существовали как документы общественных организаций, но они оказывали свое влияние. Я считаю, что это вполне законный способ, который продолжает существовать и сейчас, потому что наше начальство медицинское не справляется с поставленной программой официального затверждения клинических рекомендаций. Но это не значит, что врачи не пользуются клиническими рекомендациями.

Пользуются. И чем более грамотные врачи, тем больше пользуются.

нас очень много, в нашей социальной практике (а медицина — это социальная практика), — как помогать страданиям. Поэтому клинические рекомендации, с одной стороны,

должны принуждать врача, а с другой стороны, они должны быть достаточно гибкими. Существует такая хорошая формулировка, что рекомендации обязательны для исполнения, но каждый врач имеет право

уклониться от них, если он делает это обдуманно и обоснованно. То есть, если он, когда его призывают к ответу, сможет обосновать свои действия. Это правильный подход. Так и должно быть. Но это упирается в реальные практики государственного контроля и общественного самоуправления. У нас в стране, где врачи не лицензируются и не несут собственной ответственности за деятельность (а несет ответственность медицинская организация), в отсутствие клинических рекомендаций должна существовать некоторая иная форма, которую, к сожалению, до сих пор никто не придумал.

...большая часть врачей рассматривает клинические рекомендации как стесняющий их свободу документ, предписывающий, что надо делать. Но они для того и делаются.

## ИнтерНьюс

### Ученые нашли в периферической нервной системе «мини-мозги», отвечающие за боль

Ученые обнаружили ранее неизвестную функцию периферической нервной системы — она, как и головной мозг, оказалась способна отвечать за формирование чувства боли. Результаты исследования были опубликованы в журнале *Journal of Clinical Investigation*.

Исследователи изучили у крыс работу узлов периферической нервной системы — ганглиев. Ранее считалось, что они только передают посланные мозгом импульсы, но годы исследований клеток ганглиев мышей и крыс показали, что они также способны обмениваться информацией и между собой с помощью молекул гамма-аминомасляной кислоты, важнейшего тормозного нейромедиатора центральной нервной системы. Кроме того, они могут регулировать и изменять сигналы, которые посылают ЦНС.

...Сходство нервной системы крысы и человека позволяет считать, что результаты открытия распространяются и на людей. Однако, чтобы уверенно заявлять об этом, необходимы дальнейшие исследования. Их результаты могут привести к созданию обезболивающих препаратов с совершенно новым механизмом действия.

[https://www.gazeta.ru/science/news/2017/04/10\\_n\\_9906005.shtml](https://www.gazeta.ru/science/news/2017/04/10_n_9906005.shtml)

### Американские ученые протестировали прототип искусственной матки

Американским ученым удалось создать и провести первые испытания прототипа искусственной матки. Разработчики полагают, что их изобретение позволит изменить практику ухода за недоношенными детьми, говорится в статье, опубликованной в журнале *Nature Communications*.

«Мы разработали систему, которая, насколько возможно, воспроизводит среду матки и заменяет функцию плаценты», — сообщил автор исследования Алан Флейк из детской больницы Филадельфии в Пенсильвании.

Искусственная матка, получившая название «биосумка», представляет собой пластиковый контейнер, наполненный непрерывно циркулирующим искусственным аналогом амниотической жидкости и оснащенный прибором для обогащения крови кислородом и множеством датчиков, отслеживающих жизненно важные показатели развития плода. Отмечается, что в биосумке поддерживается герметичная среда, способная защитить плод от инфекций.

Тестирование искусственной матки было проведено на ягнятах, показатели недоношенности которых соответствовали показателям развития 23—24-недельных младенцев. Результаты эксперимента показали, что в искусственной среде ягнота успешно развивались в течение 28 дней. После рождения большинство испытуемых были подвергнуты эвтаназии и обследованы. Ученые не обнаружили каких-либо отклонений в развитии мозга или легких ягнят — результаты показали здоровое развитие плода.

В настоящее время у детей, рожденных на 22—24 неделях беременности, шансы на выживание составляют только 10%, отметил автор разработки. Однако, по его словам, новое устройство требует доработки, и прежде чем оно будет протестировано на недоношенных младенцах, потребуется несколько лет плодотворной работы.

<https://www.medvestnik.ru/content/news/Amerikanskije-uchenye-protestirovali-prototip-iskusstvennoi-matki.html>

### Вспышка менингита в Нигерии набирает обороты

Согласно заявлению министра здравоохранения Нигерии, с начала этого года вспышка менингита в стране привела к гибели 813 человек. Местные органы власти и организации по оказанию помощи принимают меры по борьбе с резким ростом заболеваемости населения, информирует Reuters.

Правительство одобрило проведение в северной части Нигерии тщательного поиска заболевших менингитом для последующего лечения, сообщил глава нигерийского Минздрава Исаак Адевол (Isaac Adewole).

Как заявили представители Центра по контролю заболеваний в Нигерии (NCDC), в начале апреля в стране стартовала массовая кампания по вакцинации населения как одна из чрезвычайных мер, принятых в ответ на вспышку менингита в северо-западных штатах.

<https://www.medvestnik.ru/content/news/Vspyskha-meningita-v-Nigerii-nabiraet-oboroty.html>

Начало на стр. 1 ↗

— Известно ли, как возникли клинические рекомендации?

— Правильнее сказать так: клинические рекомендации существовали всегда. Только назывались по-разному. И имели разную форму и содержание. Начиная с законов царя Хаммурапи, они все время были. Только они имели разную форму и содержание. Те, которые мы имеем в виду — это те документы, которые предписывают научно обоснованную практику. Если там что-то рекомендуется делать, то это, по-видимому, обосновано наукой. Вот этим отличаются сегодняшние документы и сегодняшнее состояние медицины.

— Протоколы ведения больных и клинические рекомендации — это синонимы?

— В этой области не существует спущенной нам с неба терминологии. Терминология на разных языках в разное время разная. В текущем понимании современной медицины клинические рекомендации — это утверждения, которые помогают врачу или пациенту принимать решения в отношении чего-нибудь. Это может быть очень большой документ, который позволяет принимать решения

по отношению такой-то болезни в разные ее моменты, а может быть очень короткий документ в отношении того, что нужно измерять здоровым

людям внутриглазное давление или не нужно. Главное, что это такой научно обоснованный документ, который трактует какую-то проблему или совокупность проблем применительно к больным вообще. А протоколами называют сегодня более частные документы, например, документы внутрибольничной сети (или внутри больницы), о том, как мы какие-то вещи делаем. И, если клинические рекомендации — это такой достаточно общий документ, который говорит, как надо бы делать, то протокол больничной — это документ, который врачу предписывает, как надо делать. Как написано в больничных внутренних документах, что парадная дверь открыта с 6 утра и до 22 часов. Ни в каких законах это не написано, но главврач это постановил. А в остальное время — вход через приемное отделение. Так и здесь, вместо общего документа создается частное, которое описывает, как мы делаем. Такие вещи называют протоколами. Но подчеркиваю, это современное значение, международное и нашское... Не будем читателя отправлять на двадцать лет назад, будем ограничиваться современным значением.

— Министр здравоохранения в конце прошлого года на VII Всероссийском конгрессе пациентов сообщила, что вскоре произойдет замена стандартов медицинской помощи клиническими рекомендациями, точнее, клиническими руководствами. Эти руководства будут иметь юридическую силу и станут обязательными к применению. Скорцова ответила, что уже разработано 1200 клинических руководств, которые будут называться именно руководствами, а не рекомендациями, потому что станут носить обязательный характер. Как вы считаете, реально ли ввести клинические руководства в повседневную врачебную практику? В чем причина преобразования клинических рекомендаций в клинические руководства?

— Система находится в движении, в изменении. Наука развивается, развивается социальная практика. Министерство здравоохранения, как бы мы его не критиковали, тоже участвует в этом процессе и изменении. Некоторые изменения нам кажутся положительными. Некоторые мы считаем прогрессивными, некоторые считаем регрессивными. Не факт, что мы всегда правы, а Скорцова всегда права. В данном случае речь идет о том, что перестраивается концептуальная база, которая была заложена в 323 законе об основах здравоохранения. И в ходе этого пересмотра возникла идея называть клинические рекомендации клиническими руководствами. Я бы не привязывался серьезно к этому термину.

— Но не означает ли это, что если врач не станет соблюдать прописанный в клиническом руководстве некий пункт «А», его можно будет привлечь к ответственности?

— Я надеюсь, что нет. Потому что клинические рекомендации как достаточно общий документ содержат в себе вопросы, которые являются научно доказанными и желательными к исполнению везде или почти везде, и пункты, которые менее научно обоснованы или связаны с очень маленькой пользой, например. И соответственно, если человек не сделал этого, то и ничего страшного, потому что польза от этого все равно маленькая. Поэтому я думаю, что в клинических рекомендациях должны быть части, которые обязательны для исполнения и которые не обязательны для исполнения.

— Так и будет?

— Мы не знаем, как будет. Это мой взгляд, который, мне кажется, вполне себе научно обоснованным, но не факт, что моя точка зрения станет точкой зрения, которая будет закреплена в ближайшее время. Но некоторые вещи должны быть. На мой

...рекомендации обязательны для исполнения, но каждый врач имеет право уклониться от них, если он делает это обдуманно и обоснованно.

...я думаю, что в клинических рекомендациях должны быть части, которые обязательны для исполнения и которые не обязательны для исполнения.

Есть очень хорошие врачи и есть плохие. Объективного измерения не существует. Тем более общего измерения качества.

Общество, в основном, старается не иметь своего мнения. Мы полагаем, что люди могут иметь мнение, а мы лишь анализируем научную информацию.

взгляд, та система, которую Министерство здравоохранения сейчас развивает, идет в этом направлении. Потому что некоторые позиции клинических рекомендаций (руководств) в своем вчерашнем употреблении используются для оценки качества медицинской помощи, внесены в перечень того, что надо делать и за что страховые компании смогут штрафы накладывать. И таким образом мы выходим на то, что текст большой, там много чего написано, что желательно делать. Но некоторые пункты внесены для оценки качества. Они, таким образом, становятся обязательными. Обязательными — в том смысле, что врачей не обязательно расстреляют, но могут не заплатить за лечение этого больного. Это такая форма принуждения. Подчеркиваю, что в этой области прогресс мы наблюдаем двадцать пять лет, и сегодняшняя ситуация является тоже таким «шагом прогресса». К сожалению, не получается так, чтобы сразу все хорошо продумать, хорошо сделать.

— В последнее время распространено мнение о снижении уровня образования существенной части российских врачей. Не по этой ли причине происходит активное внедрение клинических руководств?

— За исключением субъективных впечатлений никаких доказательств того, что нынешние врачи хуже вчерашних, не существует. Я сам последнее время замечаю, что молодежь нынче не та пошла... Но я думаю, что мои впечатления о плохом качестве молодежи несколько не отличаются от впечатлений, которые были у пожилых людей 200 и 2000 лет назад. Задокументировано: жаловались всегда на состояние молодежи. Такая же штука и с врачами. Есть очень хорошие врачи и есть плохие. Объективного измерения не существует. Тем более общего измерения качества. Я бы поостерегся от этого. Но то, что нам всегда хотелось бы улучшения качества врачебной рабочей силы, выражаясь коммунистическим языком, это факт. Система непрерывного образования, так же как и клинические рекомендации, — инструменты, которые направлены на это. Ну и давайте работать. Я вижу проблему, которая была всегда и которая всегда будет. И инструменты, которые способны ее смягчать.

— Расскажите, пожалуйста, какие проблемы стоят сегодня перед Обществом специалистов доказательной медицины?

— Общество специалистов доказательной медицины создавалось как организация, нацеленная на образование врачей, на продвижение научных принципов, на сокращение использования бездоказательных, ненаучных методов. Всяких кагоцелов, афлубинов, ингавиринов, актовегинов, церебролизинов и так далее, и тому подобное. В этом смысле оно не сильно преуспело — хотел бы я увидеть какого-нибудь педагога, образователя, который бы сказал, что удалось разрешить какие-нибудь проблемы. Не в одном обществе образовательные проблемы не были разрешены. И всегда достигнутый уровень будет только уровнем позора, который частично может быть смягчен. Не думаю, что здесь можно достигнуть радикальных результатов. Я считаю, что некоторых частных результатов нам удалось добиться. Сегодня существует прослойка людей, которые читают книжки, которые понимают принципы научного исследования и способны научные исследования интерпретировать.

— В этом вклад и ОСДМ?

— В том числе и вклад нашего общества. Потому что предполагают, что такие люди самозарождаются — неправильно. Они появляются благодаря атмосфере, образовательным ресурсам. Мы являемся одним из факторов этой атмосферы, одним из источников ресурсов. Насколько вклад велик... Так что сегодня перед нашим обществом стоят те же самые проблемы, которые описывал Писарев: человеческая необразованность и неграмотность. Лечится только образованием.

— А какими методами повышает образовательный уровень медицинских специалистов ОСДМ?

— Прежде всего, предоставлением ресурсов. Второе — критикой принимаемых решений, которые мы видим вокруг. И третье — это информированием о ключевых решениях.

— Насколько жестко ОСДМ отстаивает свое мнение? Дискутирует ли со специалистами, имеющими иную точку зрения?

— Дело в том, что Общество, в основном, старается не иметь своего мнения. Мы полагаем, что люди могут иметь мнение, а мы лишь анализируем научную информацию. Люди могут говорить, что маммо-

графический скрининг молочной железы надо делать. Мы отвечаем: вы можете так считать, но научных доказательств того, что это приносит пользу, не существует. Когда мы доходим до публицистики, конечно, используем выражения типа «диспансеризация должна быть прекращена», а дальше — обосновываем научными данными (это так же, как «Карфаген должен быть разрушен», что тоже было публицистикой).

НЕКРОЛОГ

Памяти Ю.Б. Белоусова

Умер Юрий Борисович Белоусов. Это произошло 10 апреля 2017 года в светлый праздник Песах. Юрий Борисович и был светлым человеком. Даже вернее — светящимся. От него загорались звезды. Мне посчастливилось с ним дружить. Познакомились мы с ним давно — в начале 80-х. Он тогда занимался проблемами свертывания крови, описывал ДВС-синдром у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и выступал на знаменитом в ту пору Декаднике по гематологии. Ежегодно на Декадник в больницу МПС на Лосино-Островской улице съезжались 400—500 человек. Декадники были глотком свежей научной информации, тогда других конференций для врачей практически не было. Блистали на Декадниках А.И. Воробьев, З.С. Баркаган, И.Л. Чертков, В.А. Насонова, Н.Е. Андреева, а «тянула» научную часть Марина Давыдовна Бриллиант. На декадниках не раз дебютировала «молодежь», ставшая впоследствии известными учеными: А.Г. Чучалин, М.Р. Личиницер, Ю.Б. Белоусов, Е.Ю. Васильева.



Наши пути сошлись в конце 90-х случайно: Юрий Борисович женился на моей однокурснице Марине Атаршиковой, и мы стали работать вместе над проблемами рациональной организации лекарственного обеспечения, медицины, основанной на доказательствах, клинико-экономического анализа. Это был период романтической эйфории, когда, казалось, нам удастся быстро и без особых усилий сделать все правильно. У нас была поддержка и в органах власти, в первую очередь — в Минздраве. Юрий Борисович привлек меня к активному участию в конгрессе «Человек и лекарство», я его — в состав Фармакологического комитета. Он был заместителем руководителя Фармакологического комитета. Создателем и руководителем крупнейшей в стране кафедры клинической фармакологии 2-го медицинского института.

Тогда у А.Г. Чучалина родилась идея создания Федерального руководства для врачей по использованию лекарственных средств, Юрий Борисович стал заместителем главного редакто-

ра, сформировал авторский коллектив. Шла отработка принципов и правил оценки медицинских технологий на основании научных доказательств. Все это было внове, не всеми, скажем прямо, воспринималось, а некоторыми — так и в штыки.

Вспоминается егохождение в члены-корреспонденты РАМН. Не с первого раза. Процедура эта достаточно уничижительна, надо кланяться всем друзьям и недругам. Мне кажется, его это угнетало: академические знания, огромная школа молодых учеников, несметное число публикаций и так являются основанием для прохождения по конкурсу. Но надо было соблюдать правила.

Как-то вместе мы ездили обучаться основам фармакоэкономики в Лондонскую школу экономики. Это был такой эксклюзивный курс. Не могу сказать, что он был для нас о ту пору уже откровенно, но мы провели хорошую неделю в городе. А первая поездка в Кельн на первое европейское заседание ISPOR, где я дважды по часу ворочал камни во рту на английском языке. Юрий Борисович вводил меня в особенности жизни командировочных на конференции. Потом был Амстердам. Это — особенно запомнившиеся совместные поездки. Последний раз за границей мы встретились в Копенгагене, где в семейной обстановке справляли юбилей Марины. Мы туда приехали на машине, они — прилетели всей семьей.

Выходец из знаменитой терапевтической школы П.Е. Луккомского, Юрий Борисович обладал тем, что называется сегодня «академическими знаниями». Он был хорошо информирован по огромному спектру проблем, а уж в области лекарств знал, кажется, все... И любили его все, ласково называя за глаза Юрбуром.

Последние годы Юрий Борисович болел, оставил кафедру, перестал выступать. Это было обидно, несправедливо по отношению к нему. Но так распорядилась судьба. И вот теперь мы его потеряли. Уже безвозвратно. Уходят, уходят, уходят друзья...

П. Воробьев

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ  
ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ  
от 26 сентября 2016 г.

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зайцева Т.Н.

Доклад 1

Дадашева М.Н., профессор кафедры неврологии ФУВ РНИМУ им. Пирогова Н.И.

«Алгоритм терапии и профилактики  
цереброваскулярной болезни  
в практике амбулаторного врача»

Пациенты с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВБ) от невролога переходят к терапевтам и их становится все больше и больше: они являются одной из основных причин летальности и стойкой утраты трудоспособности в мире. В мире около 9 млн человек страдает ЦВБ, а смертность от них занимает 2—3 место. Чем раньше начато лечение данных заболеваний, тем больше возможность отсрочить наступление осложнений.

К некорригируемым факторам относят пол, наследственность, социально-экономический статус, возраст и др. Корригируемые факторы — это артериальная гипертензия, сахарный диабет, стресс, гиперлипидемия, курение, избыточная масса тела. Существует две формы ЦВБ: острая (ОНМК, инсульт, малый инсульт, переходящее нарушение мозгового кровообращения) и хроническая (хроническая ишемия головного мозга). Выделяют 3 стадии клиники хронической ЦВБ: при 1-й стадии отмечаются незначительные изменения, такие как: головная боль, головокружение, вялость, быстрая утомляемость, когнитивные расстройства. Во 2-й стадии появляются очаговые неврологические синдромы, лакуны, атрофия коры. В 3-й стадии — выраженные когнитивные расстройства, заканчивающиеся деменцией, бытовой дезадаптацией и инвалидизацией.

Алгоритм терапии состоит в коррекции факторов риска, назначении гиполлипидемической и антиагрегантов, которая должна назначаться как можно раньше и проводиться длительно, особенно лицам из группы риска. Для повышения эффективности рекомендуется комплексная терапия препаратами с разными механизмами действия. Препараты, воздействую-

щие на свертывающую систему, можно отнести к антикоагулянтам, угнетающим активность свертывающей системы крови и препятствующие образованию тромбов (гепарин, варфарин), вторая — антиагреганты, тормозящие агрегацию тромбоцитов (аспирин, дипиридамол).

Аспирин необратимо ингибирует циклооксигеназу, которая в свою очередь нарушает образование из арахидоновой кислоты циклических эндопероксидов и простоглицина в эндотелиях клетках сосудов, уменьшая синтез тромбоксана А<sub>2</sub>, и тем самым способствует повышению кальция в клетке. Механизм сосудорасширяющего действия дипиридамола, воздействующего как на эритроциты, так тромбоциты, ведет к инактивации фосфодиэстеразы, что приводит к расширению сосудов головного мозга. Дипиридамол может использоваться как противовоспалительное, так и предотвращающее агрегацию тромбоцитов средство, тем самым участвуя в профилактике инсульта и ТИА. По всему миру проводились исследования, в результате которых было доказано, что комбинация дипиридамола с аспирином в 2 раза эффективнее снижает риск инсульта и смерти в сравнении с плацебо.

**Вопрос:** Расскажите о риске кровотечений, связанных с курантилом?

**Ответ:** При сочетании клопидогрела с АСК увеличивается риск кровотечений, а с курантилом они возможны, но будут реже.

Доклад 2

Парфенов В.А., профессор, д.м.н., заведующий кафедрой нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

«Остеохондроз — болезнь, которой нет»

По МКБ-10 код M42.0 — это остеохондроз позвоночника, но есть еще коды M50.0 и M51.0, которые соответствуют поражению дисков, а это уже совсем другая патология. Сегодня эти два понятия смешали. Грыжи дисков у небольшой части пациентов могут иметь значение при болях в спине, а собственно остеохондроз не имеет значения. Допустим, вы сделали рентген, и по снимку видны разрастания, уменьшение толщины диска — вот это и есть остеохондроз. Чаще всего по снимку оценивают состояние пациента, что в корне не верно, так как

Продолжение на стр. 4

ИнтерНьюс

Как будут лечить болезнь Паркинсона?

11 апреля во всем мире отмечают День борьбы с болезнью Паркинсона.

Впервые это заболевание было описано лондонским врачом Джеймсом Паркинсоном в 1817 г. и получило название «дрожательный паралич». Медик рассказал о симптомах болезни — треморе, жесткости мышц, ограничении движений, неустойчивости — на примере шести встреченных им пациентов. Однако нынешнее наименование паркинсонизм получил только ближе к концу XIX века — назвать его в честь Паркинсона предложил французский психиатр и невролог Жан-Мартен Шарко.

...В России, по информации Минздрава, за 2016 г. зарегистрировано 12,5 тыс. случаев заболевания болезнью Паркинсона. В мире ей страдают более 4,6 млн человек, и это количество может удвоиться к 2030 г., так как население планеты стареет. На данный момент болезнь неизлечима, однако ее развитие можно замедлить. Ученые с давних пор работают над способами наладить в организме выработку дофамина самыми разнообразными способами — в 1990-х годах, например, болезнь пытались лечить пересадкой клеток абортированных эмбрионов человека, и в одном случае это помогло — движения одного из группы больных, участвовавших в этом эксперименте, частично восстановились, но у других такого успеха не было — возможно, из-за того, что эмбриональные клетки были взяты на более поздних сроках.

Сейчас в Каролинском институте научная группа работает над вирусом, который мог бы проникнуть в мозг пациента с болезнью Паркинсона и «перепрограммировать» его клетки, чтобы они начали производить дофамин. Специалисты во главе с Эрнестом Аренасом ввели в мозг подопытных мышей, дофаминовые нейроны которых были разрушены, специальный вирус, который нес в себе четыре гена. Эти гены должны были изменить «программу» астроцитов у животных, «переделав» эти клетки в дофаминовые нейроны. Спустя 5 недель после начала эксперимента, сотрудники института отметили, что мыши стали лучше двигаться, их походка была ровнее, чем у контрольной группы животных. Однако при этом астроциты стали дофаминовыми нейронами только в том месте, куда был введен вирус, остальные регионы мозга изменения не затронули. Человеческие астроциты также были перепрограммированы в лабораторных условиях, из чего ученые сделали вывод, что теоретически это возможно сделать и для людей, но до клинических испытаний, по словам руководителя работы, еще далеко.

Сотрудники Кембриджского университета предложили лечить болезнь Паркинсона с помощью трансплантации в мозг пациентов клеток, производящих дофамин. Всего в рамках исследования уже проведено 17 операций и еще 10 — ожидается. Завершиться клинические испытания новой методики должны после 2020 г.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2017/04/11/451Parkinson/>

ВОЗ: Гепатиты убивают больше людей, чем ВИЧ

В мире проживают более 325 млн человек с гепатитом В и С, при этом большинство из них не знают своего диагноза и не имеют доступа к лечению. Об этом сообщается в глобальном отчете по вирусным гепатитам, который 21 апреля представила Всемирная организация здравоохранения.

По оценкам ВОЗ, в 2015 г. в мире насчитывалось более 325 млн человек с вирусным гепатитом В. Но из-за того, что доступ к недорогому тестированию ограничен, свой диагноз знают только 9% от числа страдающих гепатитом В и 20% — гепатитом С.

Ситуация с лечением обстоит еще хуже — доступ к лечению имеют только 8% пациентов (1,4 млн человек) с диагнозом гепатит В. А среди пациентов с гепатитом С в 2015 г. начали противовирусную терапию только 1,1 млн человек — 80% не получают лечения. Общее число людей, пролеченных от гепатита С, составило 5,5 млн человек. Но только приблизительно полмиллиона получили новые противовирусные препараты прямого действия к 2015 г.

В результате вирусные гепатиты стали причиной смерти 1,34 миллиона человек в 2015 году — это превышает количество смертей, вызванных ВИЧ. При этом гепатит С можно вылечить за 2—3 месяца, а в некоторых странах (не в России) полный курс лечения доступен за 200 долларов.

<http://doctorpiter.ru/articles/16790/>

## ИнтерНьюс

### ДНК-терапия замедлила БАС у мышей

В журнале *Nature* опубликованы результаты доклинических испытаний терапии бокового амиотрофического склероза и спиноцеребеллярной атаксии второго типа, которые проводили исследователи из Университета Юты, Университета Лос-Анджелеса, Стэнфорда и компании Ionis Pharmaceuticals. Ученые вводили больным мышам короткую молекулу ДНК (антисмысловый олигонуклеотид), подавляющую синтез белка атаксина-2, что привело к улучшению их состояния и восстановлению моторных функций.

БАС и спиноцеребеллярная атаксия — неизлечимые на данный момент заболевания, которые имеют разное происхождение, но проявляются похоже: у больных наблюдается отмирание нейронов и последующее нарушение двигательных функций.

Несколько лет назад группа исследователей из Стэнфорда под руководством Аарона Гитлера обнаружила связь между мутациями в гене ATXN2 (атаксин-2) с боковым амиотрофическим склерозом. У людей с БАС практически всегда в нейронах наблюдается скопление белка TDP-43. Исследователи выяснили, что снижение количества атаксина коррелирует со снижением количества белка TDP-43.

...На мышинной модели БАС (в этом случае у животных в организме синтезировался в большом количестве человеческий вариант белка TDP-43) группа Гитлера проверила эффект от введения антисмыслового олигонуклеотида. Это короткая цепочка химически модифицированной ДНК, комплементарная последовательности атаксина. Связывание этих молекул с матричной РНК гена должно предотвратить синтез закодированного в ней белка.

Как и в случае со спиноцеребеллярной атаксией, терапия антисмысловым олигонуклеотидом показала обнадеживающие результаты. Продолжительность жизни животных увеличилась на треть, и моторные функции частично восстановились.

Антисмысловые олигонуклеотиды уже одобрены в США для лечения некоторых нейродегенеративных заболеваний, в частности спинальной мышечной атрофии. Вероятно, по итогам доклинических испытаний на мышах, ДНК-терапия атаксии и БАС вступит в первую фазу испытаний на людях.

<http://als-info.ru/dnk-terapiya-zamedlila-bas-u-myshej/>

### Ученые приблизились к обнаружению причины возникновения рассеянного склероза

Исследуя клеточную биологию рассеянного склероза, ученые постепенно раскрывают тайну этого заболевания. Недавнее исследование, проведенное командой ученых из Эксетерского университета в Великобритании и Альбертского университета в Канаде, выяснило, что высокий уровень протеина Rab32 нарушает важные механизмы с участием митохондрий, что вызывает неправильную работу «клеточных батареек», которая приводит к токсичному воздействию на клетки мозга больных рассеянным склерозом. Исследование опубликовано в журнале *Journal of Neuroinflammation*.

...Рассеянный склероз — болезнь, в ходе которой иммунная система по ошибке атакует ткани центральной нервной системы. Болезнь постепенно разрушает миелиновую оболочку, которая защищает нервные волокна, посылающие электрические сигналы в ЦНС. Это может привести к поражению мозга, ухудшению зрения, болям, изменениям в восприятии, крайней усталости, проблемам с движением и другим симптомам.

Протеин Rab32 участвует в некоторых митохондриальных процессах. Ученые обнаружили, что уровень этого протеина сильно повышен в мозгу пациентов с рассеянным склерозом и едва различим в мозгу здоровых людей. Наличие Rab32 совпадает с дисфункцией митохондрий, которая оказывает токсическое воздействие на клетки мозга больных склерозом. Нарушение вызвано клеточными органеллами под названием эндоплазматический ретикулум, которые располагаются вблизи митохондрий. Одна из его функций — хранение кальция, и если расстояние между ретикулумом и митохондрией слишком мало, это вызывает нарушение снабжения кальцием. Поступление кальция в митохондрию имеет ключевое значение для функционирования клетки.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2017/04/26/506sclerosis/>

Начало на стр. 3 ↗

это расстройство не ассоциируется с инвалидностью, с прогнозом, и к болям в спине это не имеет отношения. Такое отношение к остеохондрозу принято во всем мире, необходимости в инструментальных исследованиях при этом нет. Если не остеохондроз причина болей в спине, то что? Грыжи дисков к остеохондрозу не имеют никакого отношения, грыжи могут сдавить корешок, корешки конского хвоста, что бывает крайне редко. Как же оценить те грыжи, которые могут быть причиной болей? Обзор снимка нужно производить в аксиальной проекции. Если грыжа размером 9—10 мм и срединно расположена, то она будет бессимптомной, а если идет в канал, то может быть причиной сдавления корешка. Грыжи могут рассасываться: выходящее фиброзное кольцо становится антигеном, на него вырабатываются антитела, и со временем грыжи рассасываются. Поэтому призываю вас, не пугайте людей этим остеохондрозом и грыжами. Запомните, оценивая грыжи, надо учитывать не только размер, но и локализацию, а также отношение к конскому хвосту.

Какие же другие причины болей в спине? Необходимо прежде всего исключить вторичные причины: опухоль, туберкулез, травмы. Кроме того, есть еще мышечные боли, фасеточные суставы, крестцово-подвздошные сочленения, которые тоже приводят к болевому состоянию.

Классификация болей в спине. В МКБ-10 не специфические боли в спине соответствуют рубрике М54 «Дорсалгия», боли в нижней части спины — рубрике М54.5 «Люмбагия». По длительности боли выделяют острые до 6 нед, подострые — 6—12 недель, хронические — более 12 недель. При обследовании пациента с острой болью в спине необходимо исключить специфическую причину боли, если хроническая боль, то оценить эмоциональное состояние, социальные факторы, провести неврологическое, мануальное и ортопедическое обследования. Симптомы опасности при болях в спине — это возраст менее 20 лет и более 50 лет, недавняя травма, усиление болей ночью, очаговые неврологические нарушения, злокачественные новообразования и другое. Итак, если врач определился с причиной боли и она не специфическая, то есть три позиции в лечении: успокоить пациента, физическая активность, избегать постельного режима.

При лечении острой боли на первом месте стоят НПВП, затем миорелаксанты. НПВС по действию примерно одинаковые, отличаются только побочными эффектами, поэтому чем их меньше, тем лучше. Второй вопрос: что лучше — инъекции или таблетки? Не доказано, что инъекции дают больший эффект, однако осложнений от инъекций огромное количество. Было проведено исследование, согласно которому выяснили, что при лечении одним лишь миорелаксантом без обезболивающего пациенты поправлялись быстрее.

Европейские рекомендации по лечению хронической неспецифической боли в спине: когнитивно-поведенческая терапия, лечебная гимнастика, НПВС, миорелаксанты, антидепрессанты, «Школь» при болях. Хирургическое лечение рекомендуется при отсутствии эффекта в течение 2 лет от начала консервативных методов лечения.

Приведу клинический пример. Пациент, 47 лет, профессия — водитель троллейбуса, работа связана с подъемом тяжестей. Пришел в клинику с грыжей диска, планировалась операция, но по семейным обстоятельствам была отложена на неопределенный срок. Пациенту было назначено лечение: аэртал 100 мг 2 раза, прегабалин 150 мг вечером, отказ от подъема тяжести. Итог: через 4 месяца — регресс грыжи, и все это произошло не от лечения, а самопроизвольно.

И еще хочется сказать о профилактике травм и статических перегрузок, основой которой является современная физиотерапия. Обязательно нужно рассказывать пациенту о том, как правильно стоять, сидеть и делать домашнюю работу.

**Вопрос:** Что вы скажете о народных методах лечения?

**Ответ:** Главное — это вера и убеждения самого врача, если он верит в подорожник, и он помогает, то эффект будет и от него. Самое важное в этой патологии — это успокоить пациента, настроить на выздоровление.

## ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ от 30 января 2017 г.

**Председатель:** Спивак Л.Г.,  
доцент кафедры урологии

**Секретарь:** Зайцева Т.Н.

Доклад 1

Цариченко Д.Г., д.м.н., профессор кафедры урологии  
Научно-исследовательского института урологии  
и репродуктивного здоровья человека  
ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

### «Консервативные подходы к лечению мочекаменной болезни. Цитратная терапия»

Мочекаменная болезнь является одной из форм нарушения обмена веществ, которая имеет выраженную тенденцию к росту. Заболеваемость в РФ с 2004 по 2014 гг. увеличилась на 27,6%, обращаемость в амбулаторно-поликлинические учреждения составляет от 26,6 до 38,9%. Камни бывают оксалатные, фосфатные, уратные, рентгенопозитивные и рентгенонегативные. Диагностика МКБ основывается на рентгенологических исследованиях, УЗИ, МРТ. Камни мочевого пузыря хотя и относятся к мочекаменной болезни, но генез их другой. Лечение может быть оперативным и консервативным. Консервативное лечение — это комплекс мероприятий, включающий в себя сни-

жение тонуса и кинетических способностей мочевых путей, полиуретический эффект, улучшение функциональных способностей почек и мочевых путей, антибиотикотерапию, фитотерапию и др. Выбор метода лечения зависит от локализации, состава конкрементов, количества, величины, формы, сроков заболевания и наличия сопутствующих инфекций. На сегодняшний день методы лечения камней почек и мочеточника — это наблюдение и лекарственная терапия, ретроградная нефролитотрипсия, антеградная нефролитотрипсия, полостные операции и чрескожная антеградная уретеролитотрипсия. Согласно исследованиям, самостоятельное отхождение камней размером менее 5 мм отмечается в 68%, а размером менее 10 мм в 47%. Блокаторы кальциевых каналов не влияют на отхождение конкрементов, как и альфа1-адреноблокаторы.

Уратные камни составляют большой процент, что связано с ожирением, метаболическим синдромом, сахарным диабетом типа 2, гиподинамией, алкоголем, наследственностью и др. «Золотым стандартом» лечения уратных камней следует признать пероральный прием цитратных смесей, обеспечивающих дозозависимое ощелачивание мочи без изменения кислотно-основного баланса крови.

Клинические проявления нарушений пуринового обмена — это подагра, подагрическая почка, уратный нефролитиаз, моче-кислый криз. Цель медикаментозного лечения больных уратным нефролитиазом состоит в растворении конкремента, нормализации нарушений пуринового обмена, предотвращении образования камней. Химическому растворению могут подлежать лишь камни, состоящие из мочевой кислоты и дигидрата мочевой кислоты. В отличие от камней из мочевой кислоты образование и рост камня из урата аммония происходит при pH выше 6,5. Литолиз — это сложный процесс, когда происходит замещение водорода гидроксильных групп мочевой кислоты на щелочные металлы, поступающие из цитратов, в результате чего мочевая кислота теряет свою кристаллическую решетку и камень разрушается. Перед литолизом необходимо определить рентгенологическую характеристику конкремента, определить микроструктурную плотность камней, выявить обменные нарушения в крови и моче. С целью растворения уратов литолитическая терапия цитратной смесью назначается по 12 г в 3 приема, по одной ложке, утром и в обед, две вечером после еды. Условия эффективности цитратной терапии: желание и заинтересованность самого больного, соблюдение рекомендаций уролога, регулярное обследование.

Меры общей метафилактики: увеличить количество жидкости до 2—3 л, диурез в течение суток 2—3 л/сут, сбалансированное питание (не злоупотреблять витаминами), поддерживать оптимальный индекс массы тела 18—25, не допускать обезвоживания.

**Вопрос:** Какой есть алгоритм метафилактики?

**Ответ:** Каких-то четких схем нет, главное — это информированность врача по данному вопросу и желание пациента следовать рекомендациям врача.

**Вопрос:** Какое ваше отношение к НПВС при почечной колике?

**Ответ:** Обязательно необходимо назначать обезболивающие препараты, терпеть боль пациент не должен.

**Вопрос:** Есть доказательная база у данного препарата?

**Ответ:** Да есть, 60—70% положительного эффекта

Доклад 2

Барышникова Г.А., д.м.н., профессор кафедры семейной  
медицины

### «Тревожные расстройства у пациентов с артериальной гипертензией»

Ситуация с сердечно-сосудистыми заболеваниями довольно трагична, смертность в России на 100 тыс. населения составляет 517 человек. Средний возраст смертности пациентов от болезней системы кровообращения в России у мужчин на 12 лет, а у женщин почти на 8 лет ниже, чем на Западе. Изменяемые факторы риска развития этой патологии: артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет, курение, ожирение и тревожно-депрессивное настроение. Неизменяемые факторы: мужской пол, возраст, наследственность.

Постоянный стресс может быть причиной психосоматических заболеваний, таких как эссенциальная гипертензия, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, тиреотоксикоз. Такие пациенты чаще других обращаются к кардиологу, ревматологу, неврологу и другим специалистам. Тревожная симптоматика ассоциируется с неблагоприятным сердечно-сосудистым прогнозом. В 2016 г. были приняты рекомендации по сердечно-сосудистой профилактике, согласно которым важная роль отводится психосоциальным факторам, воздействию на которые поможет снизить сердечно-сосудистые заболевания. Предлагается оценивать психологические факторы риска по специализированным опросникам.

Для части пациентов возможно будет необходима медикаментозная терапия. Из препаратов выбора можно назвать бензодиазепиновые транквилизаторы, но они имеют много побочных реакций, таких как седативное действие, нарушение координации, физическая зависимость. Поэтому многие не рекомендуют длительное применение данных препаратов. Есть еще антидепрессанты, но их не рекомендуется назначать из-за нежелательного взаимодействия с рядом часто назначаемых в кардиологии препаратов и развития побочных эффектов в виде нарушений липидного и углеводного обмена.

В группе противотревожных препаратов нет аналогичных афобазолу молекул по сочетанию терапевтических свойств и безопасности. Он действует на сигма1-рецепторы, он не связывается с ГАМК-рецептором, он стабилизирует ГАМК/бензодиазепиновые рецепторы и восстанавливает их чувствительность к эндогенным медиаторам торможения (ГАМК). Кроме того, он воздействует на мелатониновые рецепторы (MT1, MT2),

Продолжение на стр. 5 ↘

Начало на стр. 3, 4

т.е. обладает противотревожным и антидепрессивным эффектом, нормализует состояние сна и бодрствования. Его эффекты это — анксиолитическое, нейропротекторное, кардиопротекторное действия, а также улучшение когнитивных функций. При сочетании этого препарата с антигипертензивными препаратами, АД снижалось в большей степени, чем когда афобазол не применялся, кроме того, в 3 раза снижалась частота госпитализации. Препарат имеет положительные эффекты у гериатрических больных, а также при тревожно-депрессивных расстройствах и коморбидных состояниях.

## ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 08.02.2017 г.

**Председатель:** профессор Воробьев П.А.

**Секретарь:** Зыкова А.Б.

*Доклад*

Бокарев И.Н., д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Лауреат Государственной премии России (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

### «А.Л. Мясников и его кардиологическая научная школа»

Я сегодня хочу рассказать о своем учителе Александре Леонидовиче Мясникове, он уже умер 51 год тому назад. Первоначально греческое слово школа означало «досуг, свободное времяпровождение», затем стало применяться как «занятия на досуге». Платон собирал людей в свободное время и передавал им свой опыт и знания. В школе есть учитель и ученики. В школе Мясникова он — учитель, кто у него учился — его ученики. Их были тысячи.

Александр Леонидович Мясников родился в небольшом городе Красный Холм Тверской губернии 6 сентября 1899 г. в семье врача. В 1917 г. он поступил на медицинский факультет Московского Государственного Университета. Александр Леонидович был старостой курса, председателем студенческого научного общества, принимал активные попытки для улучшения жизни университета. За активные выступления, за то, что студентам надо давать самоуправление, он был арестован, сидел в тюрьме. Но вскоре был выпущен из тюрьмы и в 1922 г. закончил университет, получил диплом. После окончания университета Мясников поехал к Г.Ф. Лангу и пробыл там 10 лет. В 1932 г. Александр Леонидович уехал в Новосибирск, там он стал заведовать кафедрой и его назначили проректором Медицинского Института. Там Мясников издал свою первую книгу «Болезни печени», которая сделала его известным на всю страну. За эту книгу ему без защиты было присвоено звание доктора медицинских наук. Здесь же он издал вторую книгу «Висцеральная малярия». В 1938 г. Мясников уезжает в Ленинград, где его призвали на военно-медицинский факультет (потом сделали из этого отдельный Институт военно-морской медицины), Мясников там заведовал кафедрой.

Вскоре начинается война. Александр Леонидович становится Главным терапевтом военно-морского флота и всю войну принимает активное участие в борьбе с фашизмом. В 1943 г. Мясников написал книгу «Клиника алиментарной дистрофии», которая была издана только в 1945 г. В 1948 г. Мясников приехал в Москву и стал заведовать кафедрой в госпитальной терапевтической клинике, где он проводил еженедельно клинические разборы, на которые собирались врачи со всей Москвы. После того как Александр Леонидович обнаружил повышение АД у самого себя и констатировал возможность его самостоятельной нормализации, он начал изучать артериальную гипертонию. Еще в 1935 г., в Новосибирске он написал статью «Наблюдения над влиянием адреналина и нитроглицерина на кровяное давление в плечевой и пальцевых артериях» в «Терапевтическом архиве». В 1951 г. Мясников высказал идею о кортико-висцеральном характере гипертонической болезни, а в 1952 г. создал классификацию гипертонической болезни. В 1954 г. создал гормональную лабораторию в Госпитальной терапевтической клинике ММА им. И.М. Сеченова, где впервые в стране изучались и диагностировались симптоматические эндокринные артериальные гипертонии — феохромоцитомы, альдостеромы, карциноидный синдром, гиперсеротонинемия. Мясников руководил работами В.С. Смоленского: «Влияние гипертонии на развитие экспериментального атеросклероза» 1953 г., «Тромбозы и эмболии у больных атеросклерозом и гипертонической болезнью» 1959 г. В 1965 г. написал книгу «Гипертоническая болезнь и атеросклероз», где вплотную подошел к созданию концепции атеротромбоза. Он впервые применил в своей клинике отечественный тромболитик — фибринолизин. Александр Леонидович был организатором Всероссийского Научного Общества Терапевтов и был его Президентом до конца своей жизни. 23 апреля 1965 г. Мясникову присуждают высшую международную награду «Золотой стетоскоп».

Александр Леонидовичу принадлежит самая большая терапевтическая школа в стране: у него учились тысячи выдающихся врачей. Это Вадим Владимирович Меньшиков. Он возглавил клинику после смерти Александра Леонидовича Мясникова. Он создал гормональную лабораторию, был профессором и и.о. заведующего кафедрой Госпитальной терапии клиники. Был проректором Первого медицинского университета, ректором Института физкультуры, заместителем Председателя Моссовета, Президентом лабораторного общества России.

Смоленский Вадим Семенович, он был, пожалуй, самым ярким учеником Александра Леонидовича Мясникова. Он впервые в мире доказал влияние АД на развитие атеросклероза, написал книгу «Болезни аорты», создал специализированные отделения в госпитальной клинике, написал учебник «Внутренние болезни». Был председателем комиссии Минздрава по преподаванию Внутренних болезней, создал субординатуру и интернатуру для повышения уровня выпускников-врачей. Это блестящий клиницист, лектор и художник, первый Президент Ассоциации артериальной гипертонии им. Ланга-Мясникова.

Евгений Иванович Чазов, академик, Герой Социалистического Труда. Был директором Института кардиологии, начальником 4-го Главного управления, Министром здравоохранения СССР. Создал Кардиологический центр. Евгений Иванович был одним из создателей фибринолизина, которым вылил от инсульта маршала Жукова. Стал любимым доктором Л.И. Брежнева.

Николай Романович Палеев, академик, профессор, знаменитый полярник Северного и Южного полюса. Он активно работал в госпитальной терапии. Палеев создал электрорентгенографию, «Возможности электрорентгенографии в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы и органов дыхания». В 1973 г. получил Государственную премию. Он был заместителем директора госпитальной клиники, руководителем Терапии в МОНИКИ, изучал некоронарогенные заболевания миокарда, хронические неспецифические заболевания легких.

Гаджиев Хайрутдин Эфендиевич, считается патриархом терапии в Дагестане. Изучал взаимосвязь гипертонической и язвенной болезней. Изучил причины желудочных кровотечений при артериальной гипертонии, открыл особую форму язвенной болезни. Изучал тонкие механизмы гипертонической болезни, анемии, малярии. Вместе с Александром Леонидовичем Мясниковым основал Дагестанское научное медицинское общество терапевтов и был его президентом.

Хамид Хусейнович Мансуров, академик Таджикистана, Заслуженный деятель науки, Лауреат Государственной премии им. Абу Али ибн Сино, доктор медицинских наук, профессор. В 1950 г. закончил аспирантуру при Институте терапии, а в 1959 — докторантуру. Был заведующим кафедрой госпитальной терапии, директором Института гастроэнтерологии Таджикистана. Хамид Хусейнович — один из лучших гепатологов нашей страны. Ввел в практику пункционную биопсию печени. Написал такие книги, как «Болезни печени», «Пункционная биопсия печени», «Фиброз печени», «Цирроз Печени».

Логинов Анатолий Сергеевич, Заслуженный деятель науки РФ, академик АМН СССР. В 1954 г. Анатолий Сергеевич защитил кандидатскую диссертацию по гепатологии. Работал в госпитальной клинике, институте Терапии АМН СССР. В 1967—1973 гг. был зам. директора ВНИИ гастроэнтерологии, в 1973—2000 гг. — директором ЦНИИ гастроэнтерологии. Первым в стране ввел лапароскопию в терапевтическую клинику как диагностический метод при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Кипшидзе Нодар Николаевич, академик АН Грузии, академик РАН, Заслуженный деятель науки Грузинской ССР, основатель и первый директор Института экспериментальной и клинической терапии МЗ Грузинской ССР (1961). Является автором более 530 научных трудов, в том числе 20 монографий. С 1954 по 1957 гг. находился в докторантуре Московского института терапии АМН СССР, где защитил докторскую диссертацию.

Янушкевичус Зигмас Ипполитович, академик АМН СССР, академик Академии наук Литовской ССР, лауреат Государственной премии СССР, лауреат премии Литовской ССР. Был ректором и заведующим кафедрой Каунасского медицинского института.

Калинберз Константин Оттович, окончил Первый медицинский институт, был заведующим кафедрой госпитальной терапии Рижского медицинского института.

Андрей Иванович Воробьев считает себя учеником Александра Леонидовича Мясникова. Он учился у него немного, на 5-м курсе и на 6-м. Но в своих воспоминаниях пишет, как он даже обсуждал с Александром Леонидовичем на клиническом разборе болезни, где он поставил, наверное, правильный диагноз, Александр Леонидович усомнился и сказал: «Ну, наверное, посмотрим».

Мясникова Александра Леонидовича всегда помнят в Военно-Медицинской Академии. Именно там в 1999 г. было организовано отмечание его 100-летия со дня рождения. В.Б. Симоненко и С.А. Бойцов издали книгу «Академик А.Л. Мясников».

Почему к нему так тянулись люди со всей страны? И из Литвы, и из Латвии, из Грузии и Дагестана, из Таджикистана? Он был ярким, доброжелательным и очень хорошим человеком. Высокий, стройный, с блестящим красивым русским языком, человек высокой культуры. Отлично играл на фортепьяно, писал стихи, любил прекрасное, трепетно относился к женщинам и они любили его. Очень доброжелательный, он никогда не вел закусной борьбы, говорил прямо, что думал, за что его не всегда поддерживали большие начальники. Ценил талантливых людей и всегда их поддерживал, даже если они иногда критиковали его. В память об А.Л. Мясникове его именем назван Институт кардиологии в Кардиоцентре, Общество по изучению артериальной гипертонии носит его имя, в Петровверигском переулке ему установлен памятник.

Хочу рассказать про свои собственные воспоминания об А.Л. Мясникове. Впервые я эту фамилию запомнил, когда читали Бюллетени о болезни Сталина. Потому что Александр Леонидович был один из тех, кто подписывал эти Бюллетени. Впервые увидел я его в 1958 г., когда мы пришли в Госпитальную терапию навещать нашу одногруппницу, попавшую туда с плевритом. И когда мы пришли, то из ее палаты вышел

## ИнтерНьюс

### ЕСДС: внутрибольничные инфекции представляют угрозу для пациентов медучреждений долгосрочного ухода

Согласно результатам общеевропейского исследования, ежегодно в лечебных учреждениях для хронических больных в Европе происходит 4,2 млн случаев инфицирования, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в больницах неотложной медпомощи — около 3,5 млн. Об этом заявил эксперт по наблюдению за ИСМП Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ЕСДС) Пит Кинросс, выступая на Европейском конгрессе по клинической микробиологии и инфекционным болезням ECCMID 2017.

В рамках проекта HALT-2, разработанного ЕСДС совместно с Научно-исследовательским институтом общественного здравоохранения в Брюсселе, был проведен анализ данных более 77,2 тыс. человек в 1181 медучреждении по оказанию долгосрочного ухода в 19 европейских странах с апреля по май 2013 г. Результаты показали, что в день более 116,4 тыс. пациентов заражаются как минимум одной ИСМП. Наиболее распространенным типом инфекции (более 85%) являются инфекции мочевыводящих и дыхательных путей, а также кожные инфекции.

Исследователи также выявили, что ежедневно более 150,6 тыс. пациентов лечебных учреждений для хронических больных принимают минимум один противомикробный препарат для лечения инфекции. При этом удалось установить, что 46% медучреждений, принимавших участие в исследовании, не внедрили ни одного из ключевых элементов эффективной стратегии использования антибиотиков, как, например, комитеты по контролю применения antimicrobных препаратов.

«Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, представляют серьезную угрозу для здоровья пациентов, пребывающих в европейских учреждениях долгосрочного ухода. Для их защиты необходимо создание стратегии профилактики и борьбы с инфекциями в дополнение к разумному использованию antimicrobных препаратов», — подчеркнул Пит Кинросс.

В настоящее время ЕСДС координирует исследование HALT-3, результаты которого будут представлены в 2018 г.

<https://www.medvestnik.ru/content/news/ECDC-vnutribolnichnye-infekcii-predstavlyaut-ugrozu-dlya-pacientov-meduchrejdieni-dolgosrochnogo-uhoda.html>

### «Дочка» «Ростеха» создает технологии, ускоряющие заживление ран в бою

Специальные наноконструкции помогут уменьшить воспаление, снять отек, сократить размер раны и сроки выздоровления.

Объединенный холдинг «Росэлектроника» (входит в «Ростех») создает медицинское оборудование, которое с помощью специальных наноконструкций сможет ускорить в три раза процесс заживления ран на поле боя. Об этом заявил советник генерального директора госкорпорации «Ростех» Сергей Сокол.

«В числе разработок, которые могут выйти в серийное производство в ближайшее время, — технология, позволяющая в три-четыре раза быстрее заживлять хирургические швы и раны с помощью специальных вакуумных повязок», — сказал он в преддверии Красноярского экономического форума.

Как пояснили ТАСС в пресс-службе «Росэлектроники», речь об аппарате вакуум-инстилляционной терапии, который способен долгое время поддерживать отрицательное давление у раны и позволяет избежать ежедневных перевязок.

«Режим давления с помощью электроники может оперативно меняться в зависимости от характера и сложности раны, темпов ее заживления. В результате уменьшается воспаление, отек, размер раны и сроки выздоровления. Аппарат может применяться в стационаре, в полевых условиях (для лечения раненых на поле боя), а также на дому», — сказали в холдинге.

Сокол также рассказал, что «Росэлектроника» откроет в Красноярске центр разработки передового электронного оборудования для неврологии, хирургии, онкологии и других направлений медицины. По его словам, в центре планируется производство оборудования и программного обеспечения для магнитной энцефалографии, цифровых управляемых лечебных устройств, новейших медицинских сенсорных систем. Отдельным направлением работы станет разработка и производство бионанороботов для молекулярно-клеточной тераностики и систем экспресс-диагностики в онкологии.

<http://tass.ru/obschestvo/4193824>

Продолжение на стр. 6

## ИнтерНьюс

### Ученые обнаружили в России новый вид клещевого боррелиоза

Российские ученые обнаружили новый вид клещевого боррелиоза, который составляет до половины случаев этого заболевания в РФ, и который легко перепутать по симптомам с клещевым энцефалитом. Об этом сообщил ТАСС доктор биологических наук, заведующий лабораторией природно-очаговых инфекций ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Александр Платонов.

Впервые возбудитель *Borrelia Miyamotoi* был открыт в Японии в 1995 г.

«Взялся он из природы. Это природно-очаговая инфекция. Это не тот случай, когда с новой территории заносится микроорганизм, или когда непатогенный мутирует и превращается в патогенный. Этот, я думаю, был у нас на территории России, и равным образом на территории Европы и Северной Америки, всегда», — сказал он.

По словам Платонова, заболевание, вызываемое возбудителем *Borrelia Miyamotoi*, по симптоматике похоже на лихорадочную форму клещевого энцефалита, но требует другого лечения, как правило, теми же препаратами, что и от болезни Лайма, классического клещевого боррелиоза.

«Одним из характерных признаков болезни Лайма является мигрирующая эритема. Когда мы начали заниматься в начале нового тысячелетия болезнью Лайма, неожиданно обнаружили, что в учебниках написано неправильно. На территории России до 50% иксодовых клещевых боррелиозов никакой мигрирующей эритемы не имеет», — пояснил эксперт.

Определить тип возбудителя можно специфическими ПЦР-тестами. «Мы сейчас делаем и серологические тесты на этот новый микроб. Скоро можно будет применять антитела к этому возбудителю. Ну, как скоро, разрабатываем мы за полгода-год, но потом еще процедура регистрации», — добавил ученый.

По официальным данным, с 16 марта 2017 г. в медицинские организации на территории РФ обратились 6900 человек по поводу укусов клещей. В ведомстве также уточнили, что этот показатель соответствует среднему уровню. «Клещи начинают выползать и кусаться при температуре +7 в среднем за день», — напомнил Платонов.

Специалисты ведомства осуществляют наблюдение за клещевым вирусным энцефалитом и рядом других заболеваний, которые передаются через укусы клещей (иксодовый клещевой боррелиоз, моноцитарный эрлихиоз человека, гранулоцитарный анаплазмоз человека).

Учреждения здравоохранения Роспотребнадзора, их филиалы и пункты приема клещей проводят работу по исследованию клещей на энцефалит и вирус клещевого боррелиоза. Адреса лабораторий для проведения исследования клещей и информационные памятки для населения о правилах индивидуальной защиты при посещении лесных массивов размещены на сайтах территориальных управлений Роспотребнадзора.

В рамках профилактических и противоэпидемических мероприятий Роспотребнадзор также проводит акарицидные обработки. На данный момент обработано уже более 6,3 тыс. га.

<http://tass.ru/nauka/4210278>

### Ученые назвали одну из основных причин появления депрессии у женщин

Домашнее насилие часто может становиться причиной возникновения депрессии у женщин, рассказал главный научный сотрудник отделения судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ Маргарита Качаева.

«Это проблема домашнего насилия, когда женщина становится жертвой плохого поведения мужа, избиений, издевательства», — сказала Качаева на пресс-конференции.

Она отметила, что отдельной проблемой в РФ является тот факт, что женщины часто могут скрывать факт домашнего насилия, хотя в последнее время ситуация меняется к лучшему.

«У женщин часто депрессии протекают под маской соматических расстройств. Женщина и сама не понимает, что у нее депрессия, и окружающие этого не замечают... Такие скрытые депрессии очень опасны, они часто являются причиной суицидальных действий», — добавила Качаева.

Как отметил руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ Борис Положий, специалисты считают, что закон о декриминализации домашнего насилия ни к чему хорошему не приведет.

<https://ria.ru/science/20170406/1491628618.html>

Начало на стр. 3, 4, 5

А.Л. Мясников, который ее смотрел. С сентября 1961 г. до 18 ноября 1965 г. я видел его в стенах Госпитальной терапии очень и очень часто. Меня он рекомендовал в ординатуру, а в аспирантуру меня зачислили только потому, что к заведующему аспирантурой Александр Леонидович пошел сам лично, взяв меня с собой. Он утвердил мою тему, заслушал мой доклад на заседании кафедры, подписал мою первую статью в журнал «Клиническая медицина». В автореферате моей кандидатской диссертации он стоит первым руководителем, но уже в рамочке. Александр Леонидович Мясников создал отличную школу, за что мы ему должны быть бесконечно благодарны и всегда сохранять память о нем.

**Вопрос:** Александр Леонидович жил в обществе и, как мы знаем, жить в обществе и быть свободным от общества нельзя, и он был часто в очень непростых обстоятельствах, в частности в деле врачей он играл не последнюю роль. По крайней мере, есть такие сведения, что он был одним из экспертов по этому делу, например, в истории с Виноградовым.

**Ответ:** Конечно, Мясников жил в сложное время. Он сам сидел в тюрьме и Плетнева, его учителя, расстреляли. Он категорически отказался выступать против Плетнева, сказав, что все это вранье и не может быть, он тогда возразил против этого. Когда здесь все это было в 53 году, то получилось так. Председателя Московского общества терапевтов Виноградова Сталин приказывает заковать в кандалы, заместитель председателя Московского городского общества Мясников проводит заседание, на котором говорил, что не мог ничего сделать, сказал так: «Друзья мои, вы читаете газеты, и я вам еще раз прочитаю». Экспертом нигде не написано, что он был по всем этим делам.

**Воробьев Павел Андреевич:** Я бы хотел рассказать короткие истории. Я из тех, кто знает Мясникова с детства, никогда не видел, но поскольку отец всегда считал, что он прямой его ученик, наследник и т.д., то эта фамилия у нас в доме была святой. И так получилось, что мне по жизни все время приходилось пересекаться с Мясниковым. Первое вот такое воспоминание в студенческие годы: Иргер, известный наш нейрохирург, читает лекцию, рассказывает и вдруг говорит: «Александр Леонидович, когда смотрел больных со студентами на лекции, говорил: «Быстро, быстро заводите, он через час умрет». Это он так демонстрировал больного, а студенты запоминали. Потом неожиданно я столкнулся с большой семьей. Считаю, что нужно поднять тему семьи Мясникова, она достаточно большая. Это не только его отец. Был известный географ Иван Ефремов и его жена — тоже Мясникова. Они мне как-то передали свои воспоминания, которые, как мне кажется, нигде не опубликованы. Я подумал, что неужели родственники, оказалось, что да. Она его двоюродная сестра. Ее воспоминания о том, что ее отец дружил с личным врачом Толстого, а этот личный врач открывал земскую медицину в Звенигороде. А у нас, на Николиной горе, живет семья Мясниковых, это, оказывается, другая ветка этой семьи. И совсем уж недавно мы пересеклись случайно с внуком Александра Леонидовича. Получается, что я некоторым образом такой наследник Мясникова, потому что, во-первых, линия Плетнева-Мясникова, Вадим Смоленский — учитель Леонида Ивановича Дворецкого, когда он был в 3-м управлении. Когда Смоленского выгнали из 3-го управления и пришел туда мой отец, то Леонид Иванович ему достался по наследству вместе со своей диссертацией. А потом Дворецкий был в клинике Тареева, потом в клинике Михайлова, где с я ним и познакомился и, таким образом, я по другой даже, не только по родительской, но и по научной линии тоже наследник Мясникова. Смоленский Вадим Семенович был удивительно ярким человеком, очень необычным, очень нестандартным, ему было трудно ужиться в нашем советском обществе, поэтому его все время шатало из стороны в сторону, все время были скандалы вокруг него. Человек, который, наверное, мог бы сделать в сто раз больше, чем он сделал. Я удивлен, почему до сих пор ни разу у нас на заседании не обсуждался Мясников. Мы многих здесь вспоминали, про Плетнева, понятно, много говорят, но почему про Александра Леонидовича ни разу. Поэтому, мне было сегодня приятно, интересно и крайне важно, что мы сегодня этот вопрос подняли. Потому что, если разобраться по сути, то получается, есть Тареевская школа и Мясниковская школа, причем Мясниковская школа побольше. А по влиянию и по значению она гораздо больше.

## ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ от 20 февраля 2017 г.

**Председатель:** Воробьев П.А.,

д.м.н., профессор

**Секретарь:** Зайцева Т.Н.

*Доклад 1*

Дадашева М.Н., профессор кафедры неврологии ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова

### «Современные подходы к терапии полинейропатии в практике амбулаторного врача»

Остановимся на самой распространенной — диабетической полинейропатии: среди других 30% это диабетическая, 30% алкогольная, а все остальное — это другие виды полинейропатий. Сахарный диабет типа 2 — это пандемия XXI века. Данное заболевание можно сравнить с айсбергом, где вершина — это больные, которые зарегистрированы в регистре, а основание айсберга — это те пациенты, которые либо не регулярно лечатся, либо не посещают врача. Согласно данным Государственного регистра больных сахарным диабетом, на 1 января 2014 г. в

России зарегистрировано 3 964 889 человек. Наиболее распространен диабет типа 2 — 3 625 529 человек.

Дистальная полинейропатия в 50—70% случаев является причиной всех нетравматических ампутаций нижних конечностей. Поражение нервной системы идет намного раньше поставленного диагноза диабета и отмечаются нарушения как периферической, так и центральной нервной системы. Классификация периферической нейропатии: симметричная, преимущественно сенсорная и дистальная полинейропатия, дистальная симметричная сенсорно-моторная полинейропатия, асимметричная, преимущественно моторная проксимальная, радикулопатия, мононейропатия. К центральной нейропатии относят диабетическую энцефалопатию, острые нервно-психические расстройства, острые нарушения мозгового кровообращения. При сахарном диабете идут также нарушения и вегетативной нервной системы, возникают кардиогенные, желудочно-кишечные, трофические состояния.

В кабинете врача общей практики должен быть глюкометр. Так как эндокринологов становится все меньше и меньше, то на ваши плечи ложится диагностика диабета, и важно на данном этапе не пропустить первые симптомы диабета, такие как кожный зуд, потеря или увеличение массы тела, утомляемость, жажда, учащенное мочеиспускание, онемение кончиков пальцев, повышенный уровень глюкозы. При первой стадии жалобы могут отсутствовать, а иногда тяжело распознаваемы из-за нехарактерных жалоб (зябкость, парестезии). Для второй стадии существует несколько форм: острая и хроническая болевая, безболевая, амиотрофическая. Третья стадия (осложнения) — истончение кожи голени, гиперкератоз стоп, трофические нарушения. Существует также 6 степеней поражения, в зависимости от которых ставится диагноз периферической полинейропатии.

Диагностика: проверка вибрационной, температурной, болевой чувствительности, рефлексов, ЭНМГ. Есть также шкалы и тесты, которые пациенты самостоятельно заполняют, по ним можно судить по количеству баллов о степени нейропатии. Лечение: гипогликемические, гиполлипидемические препараты, антиоксиданты, ингибиторы альдозоредуктазы, витамины группы В, иммунная и поведенческо-когнитивная терапия.

Остановимся на антиоксидантах, в частности на альфа-липоевой кислоте. Это эндогенный антиоксидант, который имеет двойной механизм действия. Клинические эффекты альфа-липоевой кислоты: уменьшение оксидантного стресса, усиление энергетического метаболизма, стимуляция синтеза факторов роста нервов, улучшение эндоневрального кровотока. Тиоктовая кислота включена в Европейские рекомендации по лечению диабетической полинейропатии. Альфа-липоевая кислота — единственное патогенетическое средство лечения ДПН с доказанной в 9 рандомизированных контролируемых исследованиях эффективностью. Уровень доказательности — класс А.

*Доклад 2*

Медведев В.Э. к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников (AGRVH) Российского университета дружбы народов (Москва, Россия)

### «Тревожные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Тревожные расстройства стоят на втором месте после депрессивных состояний. Тревога — психологически понятная реакция, адекватная сложной жизненной ситуации индивида. Нейрофизиология тревожных расстройств — это растормаживание тормозной системы. При патологической тревоге чувствительность рецепторного комплекса к ГАМК снижается, что приводит к угнетению естественных противотревожных механизмов и избыточному распространению процесса возбуждения. Гипервозбудимость нейронов проявляется в психической и вегетативной активации. Последствия тревожных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями являются независимым фактором риска инфаркта миокарда у мужчин и женщин и развития артериальной гипертензии, усложняют клиническую картину, повышают частоту обращения за медицинской помощью. Тревога увеличивает вероятность фатального инфаркта миокарда в 1,9 раза, а риск внезапной смерти — в 4,5 раза. Тревожные состояния приводят к расстройству многих систем организма: нервной (головокружение, тремор, парестезии), желудочно-кишечного тракта (тошнота, сухость, метеоризм), сердечно-сосудистой системы (тахикардия, экстрасистолия, кардиалгия) и другое. Панические атаки — самое тяжелое проявления тревоги, клинически выражаются в страхе смерти, ощущении сердцебиения, спазме мышц.

Терапия тревоги: патогенетическая, симптоматическая, психотерапия, фармакотерапия, стабилизация состояния, обучение новому образу жизни. Патогенетическая терапия — это профилактика и купирование легкой тревоги (витамины, ноотропы, седативные препараты), редукция соматических симптомов (вегетостабилизаторы, транквилизаторы), купирование острой тревоги (анксиолитики бензодиазепиновые), воздействие на все звенья патогенеза (нейролептики), купирование осложнений (антидепрессанты) и психотерапия. Начинать лечение в общей медицинской практике нужно с небензодиазепиновых препаратов, и одним из таких является фобомотизол, который обладает противотревожным и антидепрессивным эффектом, нормализует состояние сна и бодрствования. Его эффекты — это анксиолитическое, нейропротекторное, кардиопротекторное, а также улучшение когнитивных функций. При приеме данного препарата у 78% пациентов отмечалось снижение раздражительности, в 2 раза была снижена тревога, 70% отмечали повышение работоспособности.

**Вопрос:** Как обстоит дело с постановкой диагноза и присвоения кода заболевания?

**Ответ:** Можно поставить диагноз без кода заболевания, только синдром, например, тревожный синдром.

# Памяти Евгения Евтушенко

Академик Андрей Воробьев



Первого апреля 2017 года не стало Евгения Александровича Евтушенко. С Евгением Александровичем я встречался много

раз, начиная с середины 70-х годов. По разным поводам. Прежде всего потому, что он бывал болен. Он поступал к нам с миокардитом, с воспалением

легких. Я уже не помню всех ситуаций, но встреча врача с таким больным привела неизбежно к личной дружбе. Я бывал у него дома не раз, как-то даже на встрече Нового года. Но одну встречу я хотел бы отметить. Это открытие первого в стране памятника жертвам сталинского террора. Было это на Николиной Горе.

Организаторы установки памятника это Алина Владимировна Энгельгардт, Юлий Андреевич Файт, Элеонора Францевна Панченкова и ваш покорный слуга. Николина Гора — это поселок работников науки и искусства — РАНИС. Он был создан в 1928 году, когда, по легенде, трое основателей (кажется, ученый-агроном Чайнов, педагог Львов и писатель Яковлев) плыли в лодке по Москве-реке от Звенигорода и присмотрели этот пустынный сосновый бор на высоком левом берегу. Тут не жил никто, до ближайшей деревни было несколько километров. И вскоре здесь был организован дачно-строительный кооператив вместо кооператива, выселенного из Барвихи по требованию крестьян.

Было много знаменитых фамилий — Качалов, Отто Юльевич Шмидт. Среди первопроходцев, авторов построек первых лет, было много старых революционеров. И они все сложили головы в 36—37 году. Когда мы составляли памятные доски нашим предкам, погибшим в Великой Отечественной войне и вследствие сталинского террора, последний список оказался почти в два раза больше. Я это вспоминаю потому, что недавно резануло слух выражение одного деятеля, что нет научных доказательств числа уничтоженных в деревне. Научных доказательств, точных цифр нет ни по каким террорам, ни по каким войнам. Хотя бы потому, что везде есть без вести пропавшие. Но такое соотношение — 2:1 — это конечно некое «достижение» именно в сфере науки и искусства.

И вот мы решили открыть памятник. Тогда, на рубеже 90-х годов, это не запрещалось, хотя и не разрешалось и, конечно, — не поощрялось. Деньги мы быстро собрали с никологорцев. На памятнике есть фамилии Антонова-Овсеенко, Чайнова, Гайстера, моего отца — старого большевика, участника революции в Москве Ивана Ивановича Воробьева, Серебрякова и многих других.

На открытие монумента я позвал Евгения Александровича Евтушенко. Он с удовольствием откликнулся и приехал на Николину Гору, произнес небольшую речь. Я позвал его, конечно, не случайно. К этому времени уже было опубликовано много его произведений на тему террора, конечно — «Бабий Яр».

Для того чтобы составить представление о гражданине Советского Союза Евгении Евтушенко, не надо было и «Бабьего Яра». Его стихи овеяны такой трепетной любовью к стране, к народу, что никаких сомнений, что он отзовется на приглашение, ни у кого и не было. Хотя в это время он уже был большой знаменитостью. Его знаменитые стихи 68-го года «Танки идут

по Праге», в день столетия Сталина он читал в Лужниках стихи о югославском партизанине, оказавшемся в сталинских застенках после войны. В поэме «Братская ГЭС» Евтушенко разместил несколько стихов про сталинский и гитлеровский террор. Он вообще был мужик открытый, простой. В быту — абсолютно свой мужик, с которым легко было разговаривать на любую тему. Но, конечно, отношение к Сталину, к террору у него было бескомпромиссным и не нуждалось ни в каких наводящих вопросах.

Иногда говорят, что он был сотрудником КГБ. Это бред. Мы все в таком случае сотрудники КГБ. Я работал в режимном учреждении — 4-м управлении, в Кремлевке. У меня был допуск первой категории. Это допуск к секретным сведениям особой важности. Потому что я лечил саму верхнюю группу чиновников страны. И я давал подписку о неразглашении именно по линии КГБ. Ну и что? Ну написал он «Бабий Яр». Но там нет ни одного крамольного слова против власти. Ни одного. Но это прозвучало как оплеуха, пощечина тому скрытому государственному антисемитизму, который достался нам в

наследство от Джугашвили. Он дал пощечину с грохотом. Он не говорил ничего такого, к чему бы могла прицепиться охранка (это как минимум спорное утверждение — ред.).

Когда мы составляли памятные доски нашим предкам, погибшим в Великой Отечественной войне и вследствие сталинского террора, последний список оказался почти в два раза больше.



Евгений Александрович Евтушенко безусловно крупнейший русский поэт-трибун второй половины XX века.



Скачать книгу Вы можете в App Store и Google play, установив мобильное приложение «Книги издательства Ньюдиамед»

## ИнтерНьюс

Ученые опубликовали «рецепт» зачатия ребенка от трех родителей

Американские молекулярные биологи и медики обнародовали полный протокол «сборки» зародышей с использованием генетического материала от трех родителей. Это поможет людям с дефектами ДНК продолжить свой род, говорится в статье, опубликованной в журнале Reproductive BioMedicine Online.

Человеческие клетки содержат множество обособленных структур, в частности — митохондрий. Они обладают собственной ДНК, содержащей инструкции по ее сборке и работе. Нарушения в ней приводят к тому, что конвейер сборки АТФ ломается, из-за чего клетки начинают постоянно голодать и гибнуть. Носители дефектных митохондрий обычно умирают в раннем возрасте, а в некоторых случаях, к примеру при развитии синдрома Ли у матери, почти все зародыши умирают в первые недели после зачатия.

Семь лет назад казахстанско-американский биолог Шухрат Миталипов нашел решение этой проблемы — он и его коллеги разработали особую методику пересадки ДНК, которая позволяла «изъять» ядерную ДНК из оплодотворенной яйцеклетки с мутантными митохондриями и пересадить ее в пустую яйцеклетку.

В 2009 г. Миталипов и его коллеги продемонстрировали почти стопроцентную работоспособность этой методики в опытах на обезьянах, а в сентябре прошлого года китайские ученые, работавшие в Мексике, сознались, что нелегально провели подобную операцию на человеческом зародыше, и она завершилась успешно.

«Авторы» этого скандала, Джон Чжан, генетик из Центра репродуктивной медицины Нью-Хоуп в Нью-Йорке, и его коллеги, опубликовали результаты своего эксперимента и его полную методику, фактически отпраздновав день рождения ребенка, которому 6 апреля исполняется год.

Воспользовавшись методикой Миталипова, Чжан и его коллеги извлекли генетический материал и другие компоненты ядра из яйцеклетки 36-летней женщины из Иордании, страдавшей от синдрома Ли, и перенесли их в донорскую яйцеклетку, очищенную от ДНК. Для этого они использовали особенную форму электрофореза, которая позволяет чисто перенести генетический материал из одной клетки в другую и обойтись без вирусов, которые обычно применяются для подобных молекулярных операций. В общей сложности команда Чжана провела четыре подобные процедуры для четырех яйцеклеток, около 20% митохондрий которых были повреждены.

Все эти процедуры, по словам медиков, завершились удачно, и число поврежденных митохондрий в клетках будущей зародышей снизилось до 2—9%, то есть достигло относительно нормального значения. Выбрав один из зародышей, биологи отправили его в Мексику, где имплантация таких структур в трубу матери не считается нелегальной, как в США.

Беременность, как отмечают исследователи, протекала без каких-либо осложнений, и примерно год назад родился здоровый мальчик Абрахим Хасан, не страдавший от синдрома Ли и связанных с ним нарушений развития мозга и других органов. Все это, как считает Чжан, указывает на безопасность применения методики «зачатия от трех родителей» в клинической практике. Тем не менее Чжан и его коллеги будут следить за здоровьем мальчика в течение первых 18 лет его жизни для поиска возможных негативных эффектов.

Миталипов и его коллеги не согласны с утверждением команды Чжана — в прошлом году они опубликовали статью, в которой показали, что часть материнских митохондрий, остающихся в зародыше, со временем может полностью заменить пересаженные «энергостанции» и тем самым обнулить смысл подобной трансплантации. Они призвали Чжана и других медиков прекратить делать такие операции до выяснения того, почему поврежденные митохондрии вытесняют нормальные версии.

Несмотря на предупреждения ученых, регулирующие органы некоторых стран, в частности Великобритании, уже одобрили несколько пилотных проектов по адаптации этой процедуры в легальной медицинской практике. В других государствах, в том числе и в США, такая процедура продолжает оставаться недопустимой с точки зрения права.

<https://ria.ru/science/20170403/1491320135.html>



## XXII Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни»

2-3 октября 2017 г., Москва

Тел.: +7 (495) 2258374;  
e-mail: gerontology@newdiamed.ru mtpndm@newdiamed.ru;  
сайт: www.newdiamed.ru

### УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Информируем вас о проведении традиционной XXII Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни», 2–3 октября 2017 г., гостиница «Холидей Инн» Сокольники, Москва.

**Задачи конференции** — объединение, поддержка и помощь врачам, медицинским сестрам, социальным работникам — всем специалистам, работающим в области геронтологии и гериатрии. Конференция приурочена к Международному дню пожилого человека и ставит своей целью обеспечить уважительное и достойное отношение к людям старшего возраста и их проблемам.

### ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Клинические вопросы гериатрии: кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, онкологические, офтальмологические, ревматологические и остеопороз, эндокринологические, гематологические, неврологические и психические расстройства в пожилом возрасте и др.

Медико-социальные аспекты: современные геронтологические технологии, проблемы ветеранов войн, организация медицинской и социальной помощи пожилым, роль сестринского персонала в уходе за пациентами пожилого и старческого возраста.

IT-технологии в помощь пожилым.

Профилактика преждевременного старения.

Вопросы организации здравоохранения: стандартизация в здравоохранении, медицина, основанная на доказательствах и клинико-экономический анализ в гериатрии.

Геронтофармакология.

На конференции планируется проведение тематических симпозиумов, докладов, пленарных выступлений, лекций, круглых столов.

**Основные участники конференции:** врачи медицинских учреждений Москвы и Московской области, других регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья, сотрудники организаций социальной защиты, руководители госпиталей ветеранов войн, общественных, в том числе благотворительных организаций и др. Традиционно конференцию посещает 700–800 человек.

### ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов и статей до 1 июля 2017 г.  
Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2017 г.

### ФОРМА УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

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

2. **Устное выступление с лекцией, докладом, научным сообщением, клиническим разбором, а также участие в постерной сессии:** правила подачи заявки на сайте: www.newdiamed.ru Решение о Вашем выступлении с докладом принимает Оргкомитет конференции на основании заявки и тезисов!

3. **Публикация тезисов и статей** (бесплатно; подача тезисов (статей) осуществляется ONLINE; правила оформления тезисов (статей) на сайте: www.newdiamed.ru.

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

Посещение секционных заседаний, симпозиумов, школ является **СВОБОДНЫМ!**

**Информационная поддержка конференции:** журнал «Клиническая геронтология», Вестник Московского Городского Научного Общества Терапевтов «Московский доктор»

**Сайт конференции:** conf.newdiamed.ru

**Организатор конференции:** ООО «МТП Ньюдиамед».

**Место проведения:** гостиница «Холидей Инн» Сокольники, Москва, Русаковская ул., дом 24

**Оргкомитет конференции «Пожилой больной. Качество жизни»:**

тел.: + 7 (495) 225 83 74; e-mail: gerontology@newdiamed.ru, mtpndm@newdiamed.ru

**Председатель оргкомитета:** профессор Воробьев Павел Андреевич

**Ответственный секретарь:** Нерсесян Мадлена Юрьевна (научная программа)

**Секретариат:** Голованова Наталья Николаевна (по вопросам размещения)



### ЖЮРИ ПРЕМИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

**«За выдающиеся успехи  
в развитии отечественной  
терапевтической школы  
имени профессора  
Дмитрия Дмитриевича Плетнева»  
2017 года  
закончило голосование  
по избранию  
Лауреата Премии 2016 года.**



Лауреатом единогласно признан **БЕЛЕНКОВ ЮРИЙ НИКИТИЧ** — академик РАН, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России

Торжественная Церемония вручения Премии планируется на пленарном заседании Московского городского научного общества терапевтов **27 сентября 2017 года** в 17.30 часов в Анатомическом корпусе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Моховая, 11).

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

**РЕДАКЦИЯ:** Главный редактор П.А. Воробьев

**Редакционная коллегия:** Ю.Г. Седова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), В.В. Власов, А.Б. Зыкова

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы: 8 (495) 225-83-74

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет. Рекламная информация обозначена **б**

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