



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

## Идеалы

Надо сказать, что рос наш будущий доктор обыкновенным, типичным советским мальчиком и свято верил в коммунистические идеалы. «Я до сих пор считаю, что ничего плохого в этих идеалах нет, — говорит профессор Ованесян, — я был примерным пионером, комсомольцем, даже занимал должности председателя совета дружины и 2-го секретаря школьного комитета

«сентиментальной дурой», в десятом Наташу Ростову — «истеричной самкой».

## Типичный, советский... обыкновенный?

Учиться отлично в школе позволяла хорошая память, ибо, как считает он сам, в прилежании особо замечен не был. В институте же учился с прохладцей. Даже пресловутая отличная память не всегда выручала. На экзамене по анатомии получил тройку только со второго захода, просто не было особой мотивации. В 1974 году закончил институт по специальности «лечебное дело», а потом в 1974—1975-м интернатуру по специальности «внутренние болезни» в 1-й городской клинической больнице.

## Армия

До 1977 года лейтенант Ованесян, а затем старший лейтенант служил не очень далеко от родного дома, хотя должен был уехать на другой край земли. «Знаю ли, что такое блат? В жизни был один такой случай, в 1975-м. После 6-го курса института меня распределили на Дальний Восток. Мама моя была в ужасе, без конца плакала. Через две недели я уже собирался уезжать, когда узнал, что меня отправляют не так уж и далеко, в Батуми, служить в «мандариновую дивизию». Оказалось, это мама уговорила, чтобы отец поехал и попросил об этом назначении своего друга в Москве, в Генштабе. Так что армия — мое светлое пятно. Жил я в военном городке и был единственным врачом на 20—30 километров в округе. Таким образом, я был тем врачом, которых теперь называют «семейными». Даже принимал роды. Получал 320 рублей, в 2 раза больше, чем тогда получали на «гражданке». Море рядом. Мог запросто девушку в ресторан сводить. Научился стирать, гладить, готовить. Вернулся в Ереван в 26 лет, а женился только в 40. «Честно говоря, не знаю ни то, почему я женился, ни то, почему развелся, — говорит он, нервно закуривая, — женился вроде по большой любви на женщине старше себя, у нее был ребенок. Моя мама не в восторге от этого брака была...»

После демобилизации поработал старшим лаборантом в группе патофизиологии и экспериментальной терапии ЦНИЛ Ереванского мединститута. Одновременно дежурил в реанимации 1-й городской клинической больницы.

В ноябре 1978-го его переманили в Ереванский филиал Всесоюзного Научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии (ВНИИКиЭХ) АМН СССР (позже Всесоюзного научного центра хирургии (ВНЦХ) АМН СССР).

В отделе клинической физиологии судьба свела с удивительным ученым — доктором медицинских наук, профессором Людмилой Федоровной Шердукаловой, ученицей Александра Николаевича Бакулева и Гдаля Григорьевича Гельштейна.

Запомнившийся пациент? «Это была преподавательница английского, знакомая нашей семьи, Каринэ, Кариночка! Попала она в клинику с гнойным аппендицитом. Гангрена. Развился перитонит, сепсис, полиорганная недостаточность. В общем Каринэ реально уходила. Были тогда как раз отпуска, врачей было мало. И я с ней пять дней работал. Так вот, мы ее вытащили, представляете, случилось чудо! Нам, как богам, удалось труп оживить. А мне всего-то 27 лет было. Потом я терял больных много раз, не без этого... но желания хлопнуть дверью, выбросить белый халат не было никогда».

## Наука

С тех пор в науке на многие годы сферой интересов Рубена Ованесяна стали проблемы микроциркуляции.

Кровообращение, метаболизм и функции органов при реконструктивных операциях — изучение системы микроциркуляции (МЦ) — в СССР было у кого поучиться в этих областях. Работы вице-президента АМН СССР, директора НИИ общей патологии и патологической физиологии АМН СССР, академика Алексея Михайловича Чернуха и заведующего кафедрой нормальной анатомии 2-го Московского государственного университета им. Л.И. Пирогова

Мы сидим в Ереване, на проспекте Саят-Новы, во двореке отеля «Ани Плаза». Вечер, огни нарядного центра столицы мигают, призывно маня за столики кафе, в вечернюю прохладу. Профессор Рубен Ованесян только что «скинул с плеч» международную конференцию по доказательной медицине, все коллеги вроде бы довольны, конференция прошла на ура, толково и организовано... можно выдохнуть и расслабиться... осталось проводить гостей, друзей... Он явно устал, но дело сделано, а то, что предшествовало этой встрече с коллегами, разве все упомянуть... Рубен то улыбается, то хмурится, то курит и вспоминает... вспоминает... Почти полвека профессор Рубен Андреевич Ованесян носит белый халат, учится и учит, а жизнь течет, уходят близкие и учителя, приходят молодые, времена меняются... но он обещает ничего не приукрашивать.

## «Гнилой интеллигент»

Его родители встретились в Тбилиси. Туда приехали с малышом-отцом бабушка с дедушкой, туда от резни младотурков бежала в 1918 году из глубинки Армении и семья матери. Тбилиси для армянина Рубена Ованесяна город родной, там он жил, любил этот город, хоть и родился в Ереване в сентябре 1951-го. Любит и Москву, где бывал часто, где все знакомо, где друзья, где воспоминания.

Его отец, Андралик Рубенович Ованесян, был железнодорожным инженером, участником Отечественной войны, почетным железнодорожником СССР, персональным пенсионером союзного значения.

«Похож ли я на отца? Похож, наверное. Он твердый был человек, говорил: «...лучше быть чудовищем, чем ишаком». Руки на нас с братом не поднимал никогда. Хотя я запомнил одно наказание: за четверть в школе получил тройку по черчению, а обещан был мне при отличном окончании 8-летки велосипед «Орленок». Мама просила за меня отца, но он все равно не купил! Я тогда плакал, помню... это ж мечта была...»

Тогда шла русификация образования в Армении. Учился я в русской школе, армянский на 5 в итоге не вытянул. Окончил Ереванскую русскую среднюю школу им. Н.В. Гоголя с серебряной медалью в 1968 году и поступил на лечебный факультет Ереванского мединститута».

В пятидесятых—шестидесятых годах в Армении детей отдавали преимущественно в русские школы (легче учиться и сделать карьеру: учебники на русском, литература, в том числе специальная, на русском, в престижных институтах обучение на русском, например в мединституте, наравне с физматом, месть на русском отделении в 2 раза больше, нежели на армянском). В итоге армянские школы и факультеты закрылись из-за недобора.

Несмотря на то что его мама, Роза Арамовна Андрасян, была врачом-педиатром, не она втянула сыновей в медицину. По сути, мама Рубена Андреевича была семейным врачом. «И каждый день к нам приводили домой больных детей, я видел, как мама их лечила, но мне не суждено было стать педиатром — не могу видеть, как ребенок плачет, даже после операции я не могу смотреть на интубированного ребенка, я все сделаю, что нужно, но смотреть не могу». Стать врачом в 1968 году ему велел «семейный совет». И это несмотря на то что его школьный учитель физики чуть ли не на коленях умолял родителей не губить парнишку и отдать на физический факультет. Но непрекращаемый авторитет — дядя, брат матери — сказал: «врач — он и в Африке врач, и всегда будет нужен». И ни разу потом Рубен не пожалел об этом решении семьи, о том, что связал свою жизнь с медициной.

Кстати, его младший брат Гурген Андракиевич Ованесян тоже врач, невропатолог, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии Национального института здравоохранения МЗ РА, председатель ассоциации невропатологов Армении, Главный специалист МЗ РА. А отличающееся отчество Рубена — Андреевич, так это так, для простоты произношения коллеги «прилепили».

Рубен Ованесян:  
Долгая дорога к себе

комсомола. Все это несмотря на то что дед по материнской линии был репрессирован в 1937 году, как и его брат, а вот другой брат деда — Андрасян Наполеон Васильевич был однокашником и близким другом А.И. Микояна и занимал в те годы пост министра пищевой промышленности СССР, а затем 1-го секретаря Кировского райкома Москвы. Я помню, как будучи 10-летним мальчиком, был на даче у брата деда в Подмоскovie, и даже познакомился с внучками Анастаса Ивановича».

## 20 коп на Бредбери

Что формировало характер? «Очень много читал, все подряд, запоем: Фенимор Купер, Майн Рид, Марк Твен, Хаггард, Сабатини, Джек Лондон, Луи Буссенар, конечно же, Александр Дюма, Жюль Верн, Конан Дойль, Золя, Бальзак. Затем в мою жизнь прочно и на всю жизнь вошли фантасты — Азимов, Бредбери, Саймак, Воннегут, Ефремов и, конечно, братья Стругацкие». С книгами тогда было непросто, покупали их на черном рынке, так что Рубен Ованесян был записан сразу в 3 библиотеках.

В Национальную библиотеку его по возрасту не приняли, и он горько плакал. Мама давала ему 20 копеек на завтрак в школе, он копил, покупал книжки. Так, купил собрание сочинений Александра Грина и зачитал до дыр. А вот со школьной «обязаловкой» по литературе были проблемы. Потому многих классических писателей не прочитал из принципа — Салтыкова-Щедрина, Короленко, Шевченко... Вся прелесть Гоголя и Льва Толстого, а еще и Диккенса, и Голсуорси открыл для себя только будучи уже взрослым. В девятом классе в сочинении «Твой любимый герой» обозвал пушкинскую Татьяну

«И каждый день к нам приводили домой больных детей, я видел, как мама их лечила, но мне не суждено было стать педиатром — не могу видеть, как ребенок плачет, даже после операции я не могу смотреть на интубированного ребенка, я все сделаю, что нужно, но смотреть не могу».



## ИнтерНьюс

### В США зафиксирован случай бубонной чумы

В штате Орегон 16-летняя девушка госпитализирована с диагнозом «бубонная чума». Медики предполагают, что она заразилась чумой после укуса инфицированной блохи во время поездки на охоту. Первые признаки недомогания появились 21 октября, спустя 5 дней после начала поездки, а 24 октября девушка была госпитализирована. Сейчас она находится в больнице под наблюдением врачей, но подробностей о ее состоянии не сообщается.

За последние 20 лет в Орегоне было зарегистрировано 8 случаев заражения человека чумой, однако ни один из них не имел смертельного исхода. Согласно данным Центра по контролю и профилактике заболеваний, в США ежегодно регистрируется в среднем 7 случаев заражения бубонной чумой. Эксперты Центра также сообщают, что за два последних десятилетия смертность от бубонной чумы снизилась с 66 до 11%.

Источник: Медпортал

### Компьютерный анализ помог разобраться в причинах аллергии

Исследователям из Лондонской школы гигиены и тропической медицины (London School of Hygiene & Tropical Medicine) удалось обнаружить сходство между белками, вызывающими аллергию, и белками паразитических червей.

Николас Фурнэм (Nicholas Furnham) и его коллеги смогли подтвердить гипотезу о том, что аллергические реакции являются ошибочным иммунным ответом, развивающимся в ответ на присутствующие в окружающей среде безвредные вещества.

Согласно одной из версий, иммунная система человека сформировалась для защиты организма от инфекций, вызываемых паразитическими червями. Организм ошибочно принимает белки, содержащиеся в пище или в воздухе, за белки паразитов, что и приводит к развитию аллергической реакции.

Используя компьютерные методы, авторы исследования рассчитали, какие именно белки, содержащиеся в организме паразитических червей, способны вызывать аллергию у человека. Дальнейшие эксперименты подтвердили их предположение: выделенный на основе компьютерных расчетов белок оказался похож на один из белков, присутствующих в пыльце некоторых растений, часто вызывающих аллергию.

Ученые полагают, что использованный ими подход поможет выявить и другие аллергены, а также окажется полезным при разработке противоаллергических препаратов.

Источник: Медпортал

### Статины снижают эффективность прививки против гриппа

Оказывается, прием статинов может снизить эффективность прививки от гриппа. Стивен Блек (Steven Black) из Детской больницы в Цинциннати (Cincinnati Children's Hospital) изучил данные более чем о 5000 пожилых людей старше 65 лет, которые в течение двух сезонов прививались от гриппа. Авторы проанализировали информацию о здоровье людей, а также о том, какие препараты они принимали в период вакцинации, до и после нее. Оказалось, что у людей, употреблявших статины, уровень антител к вирусу гриппа на 22-й день после вакцинации был на 30–60% ниже, чем у тех, кто не принимал эти препараты.

Саад Омер и его коллеги из Университета Эмори в течение девяти сезонов изучали частоту возникновения острой респираторной инфекции. Оказалось, что прием статинов снижал эффективность вакцинации примерно в два раза. Полученные результаты свидетельствуют о том, что длительный прием статинов негативно влияет на эффективность вакцинации от гриппа. Исследователи считают, что людям, употребляющим статины, может потребоваться более высокая доза вакцины.

Отказываться же от прививки или прекращать прием статинов не стоит. Несмотря на то что употребление этих препаратов несколько снижает эффективность вакцинации, она все равно сохраняет часть своих защитных свойств.

Источник: Медпортал

### Японцы будут лечить грипп за 1 день

Японская фармацевтическая корпорация Shinogi & Co. намерена в 2018 году выпустить на рынок лекарственное средство, позволяющее вылечиться от гриппа за один день. Об этом сообщает Nikkei asian review.

В материале говорится, что новый пероральный препарат подавляет активность ферментов, необходимых для размножения вируса. Тем самым ЛС препятствует распространению инфекции в организме человека.

На настоящий момент Shinogi провела I фазу клинических испытаний при участии здоровых добровольцев, в рамках которых оценивалась безопасность экспериментального лекарства. Ожидается, что II фаза стартует уже в ноябре этого года, когда уровень заболеваемости гриппом увеличится.

Регуляторы Японии уже предоставили препарат право на ускоренное прохождение регистрационных процедур.

Источник: Ремедиум

Начало на стр. 1

рогова, академика АМН СССР Василия Васильевича Куприянова составляли «золотой фонд» мировой науки. С их достижениями в декабре 1978 года в Москве и стали знакомиться вместе с профессором Л.Ф. Шердукаловой. Три месяца работали в ряде московских лабораторий и клиник. И всегда с благодарностью он отмечает своих педагогов. Уже в 1980-м в составе отдела клинической физиологии филиала в Ереване была создана лаборатория микроциркуляции, где Рубен Ованесян стал заведующим. Задачей была разработка проблемы МЦ и внедрение результатов исследований в клиническую практику. Это нужно было для проведения операций на сосудах, лечения пороков сердца, инфарктов, инсультов, очень нужно было в медицине катастроф, при острой и хронической почечной недостаточности, при проведении экстракорпорального кровообращения, при острой хирургической патологии органов брюшной полости...

### Какими были результаты?

«Мы доказали, что оперативные вмешательства по поводу пороков сердца вызывают в системе микроциркуляции крови спастико-атонический синдром, тяжесть синдрома коррелирует с дооперационным клиническим состоянием больных, сроками операции, продолжительностью искусственного кровообращения и адекватностью анестезии», — говорит профессор. Отличающиеся комплексы нарушений были выявлены у больных с приобретенными пороками сердца: гиперкинетический, гипокINETический и адинамический. По соотношению диаметров сопряженных артериол и капилляров разработаны критерии скрытой сердечной недостаточности. На основании выявленных расстройств микроциркуляции разработали схему патогенеза и предложили рабочую классификацию синдрома длительного сдавления. Были изучены патологические процессы и предложены решения для пациентов с инсультами, для больных с расстройствами кровообращения периферических сосудов, для больных с хронической почечной недостаточностью, выявлен комплекс изменений системы МЦ, свидетельствующий о патологических процессах при проведении операций на сердце с использованием искусственного кровообращения, у больных с воспалительными, опухолевыми и деструктивными заболеваниями органов брюшной полости после операций, при проведении аортокоронарного шунтирования и операциях на магистральных сосудах. Многие из направлений в области исследований системы микроциркуляции были разработаны, запланированы и проведены впервые в мировой практике (например: исследование при синдроме длительного сдавления, при энтеральном питании оперированных больных, при демпинг-синдроме, при скрытой сердечной недостаточности, при периодической болезни, при различных режимах плазмафереза) и имеют приоритетное научное и практическое значение.

По результатам исследований опубликовано свыше 100 научных статей, 4 методические рекомендации, получены авторские свидетельства на 4 изобретения и 14 рационализаторских предложений, а также защищено 15 диссертаций.

Профессор Л.Ф. Шердукалова руководила его научной работой, и именно ей профессор обязан дальнейшими научными достижениями. «Именно она научила меня проведению научных исследований, анализу полученных результатов, статистической обработке данных, а также научила интерпретировать эти данные и излагать свои мысли на бумаге».

### Красный карандаш Л.Ф.

В 1985 году состоялась защита кандидатской диссертации по проблемам микроциркуляции у больных с пороками сердца. «Не могу не вспомнить, какими мучениями сопровождалось для меня написание диссертации, — рассказывает профессор Ованесян. — Л.Ф. правила текст тремя карандашами: сначала простым, затем синим, а когда окончательно выходила из себя (как мне тогда казалось исключительно по причине заигрывания и бесновательных придирок) прибегала к красному цвету. Компьютера тогда не было и в помине, так что в случае опечатки или ошибки приходилось перепечатывать всю страницу, а иногда и главу. Сколько я извел бумаги, клея, кисточек, две пишущие машинки не выдержали! В итоге, окончательный текст диссертации составил 192 страницы, а мусор, помнится, пять картонных ящиков по 5–8 кг.»



Мандариновая дивизия

«Мы доказали, что оперативные вмешательства по поводу пороков сердца вызывают в системе микроциркуляции крови спастико-атонический синдром, тяжесть синдрома коррелирует с дооперационным клиническим состоянием больных, сроками операции, продолжительностью искусственного кровообращения и адекватностью анестезии»...



«Все ровестники тогда болели Высоцким»

До этого, в 1984 году, директор филиала профессор Александр Львович Микаелян, муж Л.Ф., оценив «незаурядные организаторские способности и большой творческий потенциал», предложил, вернее, «принудил на добровольной основе» стать главным врачом филиала. «Здесь надо сказать, что по поводу моего назначения на руководящую работу возникли, мягко говоря, определенные разногласия между супругами, — рассказывает Ованесян, — так, Людмила Федоровна была уверена, что мое будущее — это наука, в то время как Александр Львович видел во мне многообещающего организатора здравоохранения и продолжателя своего дела. Компромисс был найден: мальчик (так они меня называли) работает главным врачом, по совместительству на 0,5 ставки зав. лабораторией, а там время покажет».

Однако 18 августа 1991 года (в день путча в СССР) А.Л. Микаелян внезапно скончался от инфаркта миокарда. Затем распался Советский Союз, филиал перешел в ведение МЗ Армении, министр назначил директором своего человека, а Рубен Ованесян был вынужден уйти из института. У Людмилы Федоровны развилась артериальная гипертензия с частыми ишемическими атаками, в клинике она также перестала работать.

Так закончился период его деятельности, связанный с практической работой в качестве реаниматолога, научного сотрудника в лаборатории и главного врача крупного хирургического центра.

### Без меня!

Начиналась новая эпоха для армянского народа — период независимости, провозглашение Третьей республики и как следствие... прогрессирующая инфляция национальной валюты, повальное обнищание населения, массовая эмиграция, резкое снижение образовательного уровня, в том числе в высшей школе, переоценка духовных ценностей в пользу получения долларов любым путем. «На политической, экономической и общественной арене появились абсолютно неграмотные, неинтеллектуальные индивиды, неизвестно откуда появляющиеся и куда исчезающие, — говорит Ованесян, — они меняют политическую окраску с ка-

лейдоскопической пестротой, вчерашние партийные лидеры мгновенно перевоплощаются в демократов и удачливых бизнесменов, коррупция возводится в ранг неприкрытого, циничного государственного абсолюта, начиная с ЖЭКа и до приемной министра».

Не могло не отреагировать и, увы, не в лучшую сторону, на происходящие перемены здравоохранение. «В этих реалиях мне было необходимо найти свое место в медицинском сообществе, — пожимает плечами профессор Ованесян, — уезжать или оставаться? Если последнее, то как добывать хлеб насущный? В январе 1992 года тогдашний директор НИЦХ РАМН академик Б.А. Константинов пригласил меня в Москву на работу, хотел создать лабораторию микроциркуляции. Я отказался, сам не знаю почему...». Да, еще была причина... 18 января 1988 года профессор Ованесян попал в автокатастрофу, валялся по больнице почти два с половиной года, перенес пять операций, одну клиническую смерть, отек Квинке и прочие «прелести» посттравматической болезни. «Честно говоря, если бы не Гавриил Абрамович Илизаров, ходить мне сейчас на одной ноге с костылями. Илизаров, будучи в Ереване после Спитакского землетрясения, по просьбе Микаеляна осмотрел меня, забрал в Курган, сделал еще две операции и поставил на ноги», — уверен Рубен.

Но шел 1993 год. Союз развалился. Азербайджан и Грузия держат Армению в блокаде. Света нет, только два часа в сутки. Газ нет. Воды нет. Лекарств нет. Кислорода нет. «Мы «дышим» за больных в реанимации руками... Общественный транспорт не работает — нет бензина и электричества, на улицах огромное количество умиленных и юродивых. Психбольницы выпускают больных, так как нечем их кормить и нечем их лечить. Расцветает криминал и бизнес на крови: вчерашние босяки, хулиганы и подобное отребье делают огромный капитал на керосине, спичках, свечах, на муке, сахаре... Вот уж воистину: кому война — кому мать родная! Что лечить? Как лечить? Мы оперируем в темноте по памяти. У нас 8 коек реанимационных было в 1-й градской больнице Еревана, — Ованесян смотрит куда-то вдаль. — Постепенно пришлось брать деньги у больных, за все. Я вас уверяю, никогда такого не было. Пациент мог поставить бутылку коньяка, ну, сводить в ресторан, но брать из кармана в карман... я рубля не мог взять... никогда я не мог и не могу с этим смириться... не должны между больным и врачом деньги стоять... Кого хочешь спроси... я этого не приемлю... И тут 3 декабря я возвращаюсь домой больным, думал, что отравление консервами, в итоге жена вызывает скорую: гангренозный аппендицит, три дня между жизнью и смертью в своей же больнице. И я решил в клинику не возвращаться...».

Продолжение на стр. 3



Начало на стр. 1, 2 ↗

**Назло врагам**

И все-таки без преувеличения с гордостью надо сказать, что одной из немногих систем, наряду с системами жизнеобеспечения, которая с честью вышла из тяжелого испытания, была система здравоохранения, вернее даже не система, а простые врачи, медсестры, лаборанты.

В 1994 году его пригласили на работу во вновь организованный Национальный институт здравоохранения (НИЗ) МЗ РА для организации первой в Армении Университетской клиники. В этих тяжелых условиях там удалось запустить терапевтический блок (кафедры кардиологии, ревматологии, аллергологии, гастроэнтерологии) на 4 койки, лабораторию и консультативное отделение. Лечебной работой занимались исключительно кафедральные сотрудники. Собирались замахнуться на хирургию с привлечением соответствующих кафедр, однако в условиях «рассыпающегося» бюджета, инфляции, массовой приватизации госучреждений здравоохранения, клиника была обречена и самоликвидировалась в 1996-м.

А в 1997 году по собственной инициативе и решению дирекции и Ученого совета НИЗ Рубен Ованесян приступил к созданию кафедры клинической патофизиологии, заведующим которой стал. Еще через год чехарда на посту министра здравоохранения (6 министров за 8 лет) завершилась назначением, по мнению Ованесяна, единственного достойного согласно образованности, степени интеллекта, пройденной школе руководителя и ученого кандидата — доктора медицинских наук, профессора Гайка Никогосяна. При формировании команды тот пригласил Ованесяна в Минздрав начальником Управления науки, образования и кадрового потенциала. Задумок, планов и перспектив было хоть отбавляй, однако в марте 2000 года Гайка Никогосяна сняли, после чего ушел и профессор Ованесян. Целый пакет нормативных документов — номенклатура врачебных специальностей, система кредитования и лицензирования медработников, система университетских клиник, положения о клинической ординатуре и резидентуре, единые национальные стандарты высшего и среднего медобразования, унифицированные учебные программы — остался в столе. На сегодняшний день воз и ныне там — ни один документ из этого пакета не принят. «Единственным светлым пятном моего темного министерского прошлого, — смеется профессор Ованесян, — является то, что я научился наконец грамотно читать и писать на армянском языке, а также, что по долгу службы будучи куратором Республиканской научной медицинской библиотеки, познакомился с директором РНМБ и руководителями благотворительной организации «Фонд помощи Армении», при помощи и спонсорстве которых начал выпускать медицинский журнал (АМРЖ).

**Знай наших**

Сейчас профессор Рубен Ованесян доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической патофизиологии Национального института здравоохранения (Армения), президент Армянской ассоциации специалистов доказательной медицины, читает лекции по методологии доказательной медицины в Школе молодых ученых и для аспирантов, ведет семинары по информационной грамотности для врачей в НИИ и крупных больницах Еревана и районах республики. Выпускает журнал, редактирует статьи и диссертации, руководит научно-исследовательской работой в лаборатории при кафедре. Иногда, когда расшедраются спонсоры, ездит на конгрессы и конференции. Отдыхает крайне редко.



На семинаре по доказательной медицине. Ереван, 2005

**Любит — не любит...**

Рубен Ованесян — человек холерического темперамента, взрывной, вспыльчивый, иногда нетерпимый себе во вред, его близкая подруга уже 10 лет и «лебединая песня» Анна Ширинян, говорит, что он «суперхолерик». Рубен утверждает, что похож на отца еще и тем, что легко схватывает и усваивает научные знания, имеет хорошую память. Но о себе говорит: «я — не борец». «На прямой конфликт я не пойду, стучать по столу кулаком не буду — гнилой интеллигент», и это тоже из семьи», — ухмыляется профессор. За свое место под солнцем глотку драть не будет, спихивать с дороги слабого не станет. Никакие дяди за него никогда не звонят. Подлеца он просто вычеркнет из своей жизни. Тем не менее, по молодости, два привода в милицию в его достойной биографии значатся. Оба по причине пьяной драки из-за девушек в ресторане. «Молодой был, глупый, видел только черное и белое, полутонов не различал, — говорит профессор, — если оскорбили женщину, даже незнакомую (а один раз — певичку на сцене), значит надо вступить. Ну, а дальше как в песне: «...когда коляска подкачала, у нас уж было 700 на рыло». Слава богу, обошлось, из института не выгнали, даже не сообщили. Есть у него и вредные привычки: курил по полторы пачки в день. После выявленной аритмии — бросил, или «почти бросил». Алкоголь — в меру, любит пиво, хорошее вино. «Я очень люблю кулинарию, особенно редкие блюда — выискиваю в поваренной книге или же по старым рецептам. Как-



На юбилей академика Крыжановского. Слева направо: академик РАМН Г.Н. Крыжановский, профессор Р.А. Ованесян, директор Института общей патологии и патологической физиологии РАМН академик РАМН А.А. Кубатиев

то на Новый год приготовил осетрину заливную — пальчики облизывать, гурманы сказали, что получилось даже лучше, чем в «Национале», — смеется профессор. — Когда меня выгонят из медицины, а это неизбежно мне грозит за длинный язык, я смело могу принять участие в конкурсе на должность второго помощника младшего повара в привокзальном ресторане». Когда-то он любительски занимался спортом — волейбол, баскетбол, легкой атлетикой, фехтованием, плаванием. Ходил в Школу юных боксеров олимпийского чемпиона Енгибаряна, однако после третьего занятия пришлось бросить: у мамы синяки и кровоподтеки на лице любимого сыночка ассоциировались с уличными разборками, плохими компаниями, выпивкой в подъезде. Осилить пять лет музыкального образования. Не научился играть как Ван Клиберн, однако может подобрать любую мелодию и во время застолий лицом в грязь не ударит. Считает, по большому счету, себя счастливым. «Я люблю преподавать, — говорит профессор Рубен Ованесян, — для меня это не работа, а увлечение (еще бы: ставка зав. кафедрой \$200 ежемесячно). Однако нет худа без добра: «практически у меня академический стиль работы — хозяин своего времени, нигде обязательные часы не высживаю». Он любит писать (в основном критику, как у Стругацких — «я по натуре не Пушкин, а Белинский»), общаться с умными людьми. Любит близких — маму, брата, двух племянниц, четырех внуков брата. «Я люблю женское общество, веселые застолья, холоdstячки пирушки с друзьями. Не люблю дураков, «кое-какеров», подлецов, хамов и мешан. Не люблю, когда «власть авторитета подменяется авторитетом власти...». В узконаучной области (микроциркуляции) мог бы достичь большего. Так думают Учитель, ученики, друзья и коллеги. «Да, если бы можно было прожить жизнь заново, многих ошибок я бы не повторил, многое сделал бы по-другому. Однако, к сожалению, а, может быть, к счастью, история не терпит сослагательного наклонения», — повторяет Рубен.

А в 1997 году по собственной инициативе и решению дирекции и Ученого совета НИЗ Рубен Ованесян приступил к созданию кафедры клинической патофизиологии, заведующим которой стал.

Однако нет худа без добра: «практически у меня академический стиль работы — хозяин своего времени, нигде обязательные часы не высживаю».

**Границы**

«Чем больше национальных границ, тем управителям выгоднее, — убежден профессор Ованесян. — Так повелось еще со времен Древнего Рима. У меня друзья в разных странах уже 30—40 лет, я, как раньше говорили, интернационалист, в том числе друзья из Баку, из Москвы, из Тбилиси. Вокруг меня в нашем кругу к России по-разному относятся люди. Многие огорчены российскими потрясениями, но Армения зависима, в Армении хотят, чтобы Россия была сильной, тогда сильной будет и Армения. Но есть те, кто говорит, что надо двигаться в сторону США, что Россия нам «изменяет», продает оружие и нам, и Азербайджану. Для меня же совсем ничего национальность не значит: есть политики, есть просто люди... умные и глупые, честные и подлые... Но я больше русофил, чем русофоб... Слава богу, за последние 10 лет удалось восстановить научные связи, провести конференции, и в том числе это нужно и нашим ученикам в России и в Армении. Очень нужно!»

Ирина Власова

**ИнтерНьюс**

**В США одобрено первое лекарство против меланомы на основе живого вируса герпеса**

Управление по санитарному надзору за качеством продуктов и медикаментов FDA одобрило к применению препарат Imlygic. Лекарство на основе генетически модифицированного живого онколитического вируса герпеса получило название Imlygic. Оно производится компанией BioVex Inc.

Imlygic подойдет для пациентов, опухоли которых не могут быть удалены хирургическим путем. Лекарство путем инъекции вводится непосредственно в новообразование, что в дальнейшем приводит к репликации вируса внутри опухолевых клеток и их разрушению.

Вторую дозу препарата пациент получает спустя три недели после первой, после чего в течение полугодия каждые две недели вводится дополнительная доза препарата.

Эффективность Imlygic была подтверждена в исследовании с участием 436 пациентов с метастатической меланомой, хирургическое лечение которой не представлялось возможным. У 16,3% участников, получавших экспериментальный препарат, было диагностировано уменьшение лимфатических узлов и опухолевых образований кожи. Этот же показатель среди пациентов, получавших другое лекарство, составил лишь 2,1%. Исследователи отмечают, что Imlygic не увеличивал общую выживаемость пациентов и не влиял на метастатические поражения мозга, легких, костей и других внутренних органов.

Чаще всего у пациентов наблюдались такие побочные явления как апатия, лихорадка, озноб, тошнота, гриппоподобные симптомы и боль в месте инъекции. Из-за того, что Imlygic создан на основе вируса герпеса, этот препарат не рекомендуется назначать пациентам с ослабленным иммунитетом или беременным женщинам.

Источник: Медпортал

**ВОЗ: за 25 лет смертность от туберкулеза упала почти вдвое**

Смертность от туберкулеза с 1990 года сократилась почти вдвое, тем не менее в 2014 году было зарегистрировано 1,5 млн летальных исходов туберкулеза, об этом говорится в новом докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Наибольших успехов в борьбе с туберкулезом мировая общественность добилась за последние 15 лет. Благодаря совершенствованию методов диагностики и лечения удалось спасти 43 млн жизней за период с 2000 по 2015 год.

Несмотря на достигнутые результаты, предстоит еще серьезная борьба с заболеванием. Как отметил руководитель программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом Марио Равильоне (Mario Raviglione), ежедневно от заболевания умирает 4,4 тыс. человек.

В 2014 году от туберкулеза скончались 890 тыс. мужчин, 480 тыс. женщин и 140 тыс. детей. Из них 400 тыс. были ВИЧ-позитивными. В свою очередь в результате заражения ВИЧ умерли 1,2 млн человек.

В 2015 году в мире было выявлено 9,6 млн случаев заражения туберкулезом, что превышает показатели прошлого года. Более половины всех случаев регистрируются в Китае, Индии, Индонезии, Нигерии и Пакистане.

Источник: Ремедиум

**Препарат для лечения лейкемии оказался эффективен против болезни Паркинсона**

Препарат, зарегистрированный для терапии лейкемии, может быть эффективным в лечении болезни Паркинсона и болезни диффузных тел Леви. Об этом свидетельствуют результаты небольшого клинического исследования, пишет MedicalXpress.

В испытании терапии нилотинибом (nilotinib) приняли участие 12 пациентов (11 из них завершили КИ). Все участники в течение полугодия принимали нилотиниб в дозировке от 150 до 300 мг. Согласно итогам КИ, у 10 пациентов по результатам терапии наблюдались значительные улучшения состояния. Ученые отмечают, что применение нилотиниба способствовало снижению уровня биомаркеров болезни Паркинсона в спинномозговой жидкости.

Авторы исследования обращают внимание, что при трактовке результатов КИ нужно быть предельно аккуратными, так как действие нилотиниба не сравнивалось с плацебо и другими препаратами, используемых при лечении болезни Паркинсона. Тем не менее, указывают ученые, применение нилотиниба повышало уровень дофамина, что позволило сократить дозировку противопаркинсонических ЛС, получаемых пациентами.

Источник: Ремедиум



## ИнтерНьюс

### Минздрав запустит пилотные проекты по дистанционной диагностике рака

Минздрав России планирует запустить ряд пилотных проектов по дистанционной диагностике онкологических заболеваний в режиме «врач—врач», когда специалисты разных клиник могут проводить консилиум с помощью телемедицинских технологий, говорится в ответе замминистра здравоохранения Натальи Хоровой на запрос депутаты Госдумы Ольги Елифановой (СР).

В ответе, копия которого имеется в распоряжении РИА Новости, сообщается, что Минздрав создает единую телемедицинскую систему в подведомственных федеральных клиниках. Она позволит проводить телемедицинские консультации в режиме «врач—врач» между специалистами из разных медучреждений, а также дистанционные консилиумы и конференции между большим количеством больниц вне зависимости от того, где они находятся.

«Минздрав России планирует реализовать ряд пилотных проектов, в том числе совместно с Фондом развития интернет-инициатив, по дистанционной диагностике онкологических заболеваний в режиме «врач—врач» и дистанционному мониторингу состояния пациентов, больных сахарным диабетом в режиме «врач—пациент», — пишет Хорова депутату.

Ранее Елифанова попросила Минздрав России разъяснить, каким образом видеосвязь будет использоваться для оказания медицинской помощи в РФ. По мнению депутата, на фоне оптимизации нормативов времени для амбулаторного приема пациентов в медучреждениях тенденция на оказание дистанционного обслуживания пациентов стала вызывать опасения у многих наших граждан.

Хорова пишет, что действующее законодательство в сфере охраны здоровья не содержит запрета на оказание медицинских услуг в дистанционной форме, в частности, предусматривается возможность проведения дистанционного консилиума врачей.

«Думаю, в самое ближайшее время мы сможем оценить эффективность пилотных проектов Минздрава. Главное, чтобы основным принципом медицинского обслуживания оставался принцип «не навреди», — сказала Елифанова РИА Новости.

По данным Минздрава, в настоящее время в 68 регионах РФ медорганизации оказывают услуги дистанционного консультирования, в том числе за счет программы государственных гарантий.

Согласно программе госгарантий на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов, жителям малонаселенных и труднодоступных населенных пунктов, а также сельской местности может бесплатно оказываться медпомощь с использованием телемедицины в установленных регионами объеме.

Минздрав также напоминает, что для повышения доступности и качества медпомощи, в том числе сельским жителям, в малонаселенные и труднодоступные районы с численностью менее 100 жителей теперь будут не реже одного раза в год выезжать мобильные медицинские комплексы.

В ответе Минздрава говорится и о том, что бесперебойными средствами связи, то есть телефонами и интернетом, будут обеспечены домовые хозяйства в таких населенных пунктах. «Таким образом, домовые хозяйства смогут оказывать первую помощь населению до прибытия скорой помощи, что, безусловно, на мой взгляд, поможет людям, которые там проживают», — отметила Елифанова.

Источник: РИА Новости

### Роспотребнадзор: вакцинация от гриппа проводится отечественными препаратами

Иммунизация взрослого населения от гриппа в зимний сезон 2015—2016 годов будет проводиться отечественными вакцинами — Гриппол, Совигрипп и Ультрикс.

Как сообщила 13 октября руководитель Роспотребнадзора Анна Попова, в стране завершается иммунизация детей. В свою очередь иммунизация взрослых, по словам главы ведомства, стартовала в 63 субъектах страны.

«Из известных человеку вирусов и микробов ни один не мутирует так часто, как вирус гриппа, — сообщила Попова. — И впервые в России прививки будут проводиться тремя видами отечественной вакцины для взрослых. Это вакцины Гриппол, Совигрипп, Ультрикс». Всего россиянам планируют ввести 40 млн доз вакцины от гриппа.

«Общее количество привитых в этом году, как мы предполагаем, превысит 30% общей численности населения Российской Федерации, и это должно дать хороший иммунный защитный слой для всей популяции. Поэтому сегодня самое время привиться», — призвала Попова.

Как сообщалось ранее, депутаты Мосгордумы предложили напоминать об иммунизации от гриппа по СМС.

Источник: Вадемукум

## ЗАСЕДАНИЕ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 13 октября 2014 г.

Председатель: профессор П.А. Воробьев

Докладчик: к.м.н. Чернущ Наталья Павловна

Доклад:

### Принципы рациональной антимикробной терапии (АМТ) инфекций нижних дыхательных путей в амбулаторных условиях

Острый бронхит — воспаление бронхов преимущественно инфекционного происхождения, продолжающееся до 1 месяца. Антибиотикотерапия показана при явных признаках бактериального поражения бронхов: выделение гнойной мокроты, увеличение количества мокроты, возникновение или нарастание одышки, нарастание признаков интоксикации.

На первом месте диагностики пневмонии — клинические симптомы. Интоксикационный синдром может сочетаться с температурой, а может и нет. Когда температура повышается выше 38°C, может присоединиться токсическая энцефалопатия: реакция на звук, на свет, запах, прикосновение. Пациенту можно назначить жаропонижающую терапию: парацетамол или аспирин. При интоксикационном синдроме возможно сочетание высокой температуры и токсических раздражений мозговых оболочек. Пациент жалуется на упорную головную боль, рвоту, не связанную с приемом пищи, головокружения. Судорожный синдром — это еще один аспект, который может появиться при интоксикационном синдроме. У пациентов возникают кратковременные судорожные припадки.

«Атипичная» пневмония характеризуется постепенным началом, сухим, непродуктивным кашлем, преобладанием в клинической картине второстепенных симптомов: головная боль, боль и першение в горле, слабость и недомогание при минимальных изменениях на рентгенограмме. При пневмонии необходимо особое внимание обратить на развитие кашля, боли в грудной клетке, одышки на фоне типичной гриппозной инфекции.

Нетяжелые внебольничные пневмонии у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 месяца антибиотиков с длительностью курса 2 дня и более — это амоксициллин внутрь или макролид внутрь. У пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавших за последние 3 месяца антибиотики с длительностью приема 2 дня и более — это амоксициллин/клавуланат; амоксициллин/сульбактам внутрь вместе с макролидами или респираторный фторхинолон — левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин внутрь.

Критерии эффективности антибактериальной терапии — это снижение температуры ниже 37,5°C, отсутствие симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности. При неэффективности стартового режима терапии назначаются препараты замены. Если β-лактамы оказались неэффективными, то их заменяют макролидами и наоборот. Макролиды используются довольно часто. Сегодня у них появилось свое звено: это атипичная пневмония, бронхиты, которые осложнились бактериальной инфекцией, и пневмонии, которые протекают у пожилых пациентов и которые принимали до этого антибактериальную терапию.

**Вопрос проф. П.А. Воробьева:** Я всегда считал, что раздражение мозговых оболочек — это менингит. У менингита есть менингеальные симптомы, но ни одного симптома Вы в своем докладе не указали.

**Ответ:** Спасибо за замечание. Мы пользуемся теми методиками, которые предоставляют нам в качестве учебного материала инфекционисты. И в данном контексте, что я вам предлагала, это их структурированный подход в виде клинических маркеров для того, чтобы ориентироваться на клиническом уровне в 1-е сутки, когда госпитализировать пациента, а когда нет.

**Вопрос проф. П.А. Воробьева:** Лихорадки лечить нельзя. Парацетамол — это яд, не нужно его выписывать пациентам. Аспирин не воздействует на температуру. Это противовоспалительное средство, но не антипиретик. Антипиретического эффекта невозможно достичь ни аспирином, ни парацетамолом.

**Ответ:** Вопрос шел о том, что у пациента есть гипертермическая реакция с появлением раздражений мозговых оболочек. В своем докладе я сказала, что данная терапия не повлияет на температурные реакции, но состояние пациента на внешние раздражители уйдет.

Докладчик: к.м.н., доцент МГМСУ им. Евдокимова Вьючнова Елена Станиславовна

Доклад:

### Тактика ведения больных с фиброзом печени

Фиброз печени — это очаговое или диффузное увеличение коллагеновое ткани в перисинуоидальном простран-

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

стве без нарушения дольковой структуры печени, что отражает процессы прогрессирования хронической болезни печени любой этиологии до цирроза печени и выявляется в 45% случаев при аутопсиях. Фиброз печени классифицируется по стадиям своего развития. Для классификации используется шкала METAVIR от — нет фиброза, до — ложные дольки, цирроз печени. Инструментальные методы исследования печени (УЗИ, радиоизотопное исследование, КТ) служат для выявления портальной гипертензии (увеличение селезенки, расширение воротной и селезеночной вен, снижение скорости портального кровотока). Широкое применение на данный момент имеет метод эластометрии. Препарат регистрирует скорость проведения низкочастотной вибрации ткани печени.

Принципы терапии фиброза печени заключаются в устранении причины формирования фиброза печени, т.е. этиотропная терапия. Если мы говорим об алкогольном поражении печени, то лечение дает полная абстиненция. Только тогда, если нет цирроза печени, можно достигнуть ремиссии. Если говорим о нежировой болезни печени, то необходимо модифицировать образ жизни. Это не только диета, но и физическая активность с похудением и с психосоциальной адаптацией, чтобы нервные стрессы, которые закусываются вредными продуктами, не приводили к поражению печени.

**Вопрос проф. П.А. Воробьева:** Эластография это просто перкуссия с помощью прибора?

**Ответ:** Да, но она позволяет определить высоту волны. Мы не сможем сами так отстучать. Во-первых, потому что это зависит от толщины передней брюшной стенки, которую мы стараемся проперкутировать, обратный толчок не всегда соответствует удару.

**Вопрос проф. П.А. Воробьева:** Почему же этим прибором не простучать легкие?

**Ответ:** У нас появилась эластометрия поджелудочной железы, может скоро и в пульмонологию это придет. Последние ультразвуковые препараты имеют функцию эластометрии.

**Вопрос:** Прибор недорогой?

**Ответ:** Дорогой, методика также дорогая. Стоит она от 4000 до 6000. Это связано с дороговизной самого прибора.

## ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 12.11.2014 г.

Председатель: академик А.И. Воробьев

Докладчики: д.м.н. О.В. Благова, проф. А.В. Недоступ, проф. В.А. Сулимов, проф. Е.А. Коган (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ).

Доклад:

### Миокардит в клинике внутренних болезней

В нашей стране остается фактически единственной классификация, предложенная более 30 лет назад Н.Р. Палеевым. В 2013 г. в июле были выпущены Европейские рекомендации по диагностике и лечению миокардита, и в отличие от привычных кардиологических рекомендаций, здесь нет уровня доказательности, потому что нет больших исследований по этой теме, и все эти рекомендации — это согласованные мнения 24 ведущих европейских экспертов.

Сегодня принято ставить диагноз миокардит на основании критериев, которые подразумевают выявление более 14 инфилтрирующих клеток в миокарде, желательное проведение их иммуногистохимическое типирование, выявление некроза как признака активного миокардита, а также фиброза, который может быть на любой стадии миокардита.

Для оценки различных маркеров в диагностике миокардита мы набрали группу пациентов, в основном пациентов с аритмиями неясного происхождения с нормальными по структуре камерами сердца, также пациентов с дилатацией камер сердца и сниженной фракцией выброса. В качестве группы сравнения была набрана группа из пациентов с невоспалительными заболеваниями сердца, ишемической болезнью, другими заболеваниями, которым выполнялась операция на открытом сердце, что позволило провести исследование миокарда без специальной биопсии. Первые результаты исследования показали, что у

Продолжение на стр. 5



Начало на стр. 4

пациентов с аритмиями и ДКМТ неясного генеза процент выявления миокардита превышал 80%, причем у половины пациентов это был изолированный миокардит и у четверти — миокардит в сочетании с признаками генетических кардиомиопатий.

Для того чтобы определить диагноз, мы используем ряд лабораторных критериев, основные из них — это определение уровня антикардиальных антител и маркеров вирусной инфекции в крови. При подозрении на миокардит определялись общевоспалительные иммунные маркеры и проводилось стандартное кардиологическое обследование. При диагностике вирусной инфекции в крови основным методом было определение ДНК вируса методом ПЦР. Мы видели вирусы в крови и в основной, и в контрольной группах. Наличие вируса указывало на наличие миокардита, особенно в группе контроля мы видим вирусы без признаков миокардита. Хотелось бы обратить внимание на возможности КТ. Этот метод может быть применен для диагностики поражения коронарных артерий, и мы можем исключить коронарный атеросклероз. Также этот метод используется пациентам с имплантируемыми устройствами, при которых противопоказано применять МРТ.

Клинические варианты миокардита. Прежде всего это хронический миокардит. Пациент приходит без подозрений на миокардит, а с одним из клинических синдромов, это либо аритмия неясного происхождения, либо ДКМТ, либо системные иммунные заболевания с признаками поражения сердца. Первый большой синдром — это нарушение ритма неясного происхождения, когда исключены все известные причины. Среди пациентов с аритмическим миокардитом преобладали женщины среднего возраста. Больше чем у половины из них миокардит носил первично-хронический характер. Для миокардита характерно сочетание различных видов нарушения ритма и проводимости. Чем выше была иммунная активность, тем тяжелее протекала аритмия.

Вторая большая категория людей, у которых приходится подозревать миокардит, это пациенты с синдромом ДКМТ. У таких пациентов чаще наблюдается сочетание миокардита и генетических кардиомиопатий. Была велика доля чисто вирусных миокардитов, но существенно выше доля смешанных вирусно-иммунных форм, что создавало сложности в их лечении. В отличие от аритмического варианта здесь преобладали мужчины. Также наблюдалось первично-хроническое течение миокардита, у трети больных выявляли помимо миокардита одну, две, а то и больше причин синдрома ДКМТ.

Пациенты с системными иммунными заболеваниями с признаками поражения сердца. На биопсии мы видели некротический васкулит, что позволяет говорить о легком, латентном варианте лечения. Наблюдали легочный активный миокардит у пациентов, имеющих только лабораторные маркеры волчанки и больше никаких клинических проявлений. Также активный васкулит у пациентов с другими системными проявлениями и наконец петрифицированный миокардит у больных с активными гепатитами В и С.

Подходы к базисной терапии. Противовирусное лечение назначается при выявлении генома вируса в крови. Проводится это лечение как минимум до отрицательного ПЦР, и говорить о лечении можно только в отношении герпетических вирусов, здесь есть ацикловир, валацикловир, во всех остальных случаях остается возможность применения внутривенного иммуноглобулина, который бывает хорош и при высокой активности невирусного миокардита. Иммуносупрессивная терапия назначается при высоких титрах антикардиальных антител и морфологических признаках активного миокардита, проводится не меньше полугода. Агрессивность лечения была самой различной и зависела от достоверности самого диагноза миокардита, от степени иммунной активности, наличия вирусов, сопутствующих генетическим кардиомиопатиям, и от тяжести клинических проявлений миокардита.

Терапия приводила к снижению титров антикардиальных антител уже через полгода. Если пациентов не лечили, то исходные титры антикардиальных антител не менялись. В результате противовирусной терапии удалось достичь удаления вируса из крови у 82%, и наибольшую устойчивость проявил вирус герпеса 6, против которого фактически нет эффективного препарата.

**Вопрос:** Миокардиты всегда носят диффузный характер или можно сделать биопсию и попасть в неизменный миокардит?

**Ответ:** Теоретически это так. По нашему опыту могу сказать, что даже у пациентов с аритмиями, причем с аритмиями предсердными, в тех случаях, когда с высокой вероятностью подозревали миокардит, мы получали дилатацию правого желудочка, есть наверно очаговые формы, но они клинически протекают более мягко и не составляют большой проблемы.

## ЗАСЕДАНИЕ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 17 ноября 2014 г.

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

**Докладчик:** профессор кафедры клинической фармакологии и терапии РМАПО Евдокимова А.Г.

**Доклад:**

### Особенности применения петлевых диуретиков у больных с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью

В лечении больных с артериальной гипертензией (АГ) на первом месте стоят диуретики. Но если посмотреть, какие диуретики были в России, — то это гидрохлортиазид, который назначался в дозе 50, 100 мг. У индапамида, который в основном применим в лечении АГ, диуретический эффект слабый. И был фуросемид, но он не применим для лечения АГ. Несмотря на это, в рекомендациях диуретики стоят на первом месте. Бета-блокаторы определили судьбу больных с АГ, ЭБС, ХСН.

Основные препараты для лечения ХСН (если фракция выброса составляет <40%) — это ингибиторы АПФ. Если пациент их не переносит, то рекомендуются сартаны. Их всего 3 вида: кандесартан, лозартан и валсартан. Также используются бета-адреноблокаторы (БАБ) и антагонисты альдостерона. Вторая, дополнительная, группа — это диуретики. Антикоагулянты применяют, когда имеются внутрисердечный тромбоз, фибрилляция предсердий, гликозиды (при мерцательной аритмии и синусовой тахикардии), ивабрадин (если ЧСС > 70 в мин), омега-3ПНЖК (рекомендуется с постинфарктным кардиосклерозом и фракцией выброса < 35%). Вспомогательной терапией являются периферические вазодилататоры, блокаторы медленных кальциевых каналов (только дигидроп), антиаритмики (соталоп и кордарон), аспирин (при приступах стенокардии и остром коронарном синдроме), негликозидные инотропные средства, статины (при I—II функциональном классе).

Когда мы начинаем лечить пациента диуретиками, в первую очередь надо подумать, как функционируют почки. Существует классификация ХБП. Если скорость клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин, то уже ряд препаратов, которые выводятся почками, в частности диуретики тиазидные, должны быть ограничены. Если меньше 30 мл/мин, то совсем нельзя их назначать. При наличии клубочковой фильтрации назначаются мочегонные средства при синдроме задержки жидкости. Если такие признаки имеются, то расценивается скорость клубочковой фильтрации (ниже 60 мл/мин и пациент принимал тиазидные диуретики, то про них нужно забыть; больше 60 мл/мин, то можно продолжить тиазидные диуретики, если ранее пациент их принимал с обязательным присоединением петлевого диуретика). При отсутствии клинического эффекта необходимо увеличить дозу петлевого диуретика.

Петлевые диуретики — это фуросемид (стартовая доза составляет 20—40 мг/сутки, максимальная — 600 мг/сутки, период полувыведения 90 мин, биодоступность до 70%, время развития максимального диуретического эффекта составляет 1—2 часа), торасемид немедленного высвобождения и торасемид замедленного высвобождения (стартовая доза составляет 5—10 мг/сутки, максимальная — 200 мг/сутки, период полувыведения 180—200 мин, биодоступность 80—81,6%, время до развития максимальной диуретической эффективности 3—6 часов). Торасемид подавляет обратное всасывание Na<sup>+</sup> и Cl<sup>-</sup> в восходящем отделе петли Генле, выводится в основном (80%) через печень, обладает минимальным калиурезом по сравнению с другими петлевыми диуретиками, обладает антиальдостероновыми свойствами, оказывает прямое вазодилаторное действие, расслабляет гладкомышечные волокна. Переносимость торасемида лучше, чем тиазидных диуретиков. Торасемид обладает антигипертензивной эффективностью.

Начальная доза торасемида у пациентов с впервые диагностированной АГ (46,1%) составляет 5 мг/сут с повышением до 10 мг/сут, если АД было >140/90 мм рт. ст. через 6 и 12 недель лечения. Было получено уменьшение пульсового давления через 6 месяцев терапии, кроме этого отмечено снижение АД через 6 недель терапии. Торасемид является эффективным пролонгированным диуретиком, обладающим способностью связывать рецепторы альдостерона и уменьшать выраженность фиброза миокарда. Длительность применения препарата в дозе 2,5—5 мг/сут оказывает стойкий антигипертензивный эффект, в дозе 10 мг/сут и выше торасемид обладает мощным диуретическим эффектом и может применяться при застойной ХСН. Торасемид не вызывает существенной гипокалиемии, гиперурикемии, нарушения липидного и углеводного обмена, обладает хорошей переносимостью.

**Вопрос:** Зачем нужно было удлинять действие торасемида?

**Ответ:** Будет чуть больше задержка препарата в организме.

**Вопрос:** Если человек выделяет мочу, он хочет пить?

**Ответ:** В зависимости, сколько он выделяет жидкости.

**Вопрос:** Как определить минимальную эффективную дозу при АГ?

**Ответ:** По данным исследования, минимальная и эффективная доза — 2,5 мг.

## ИнтерНьюс

Лекарства от астмы омолаживают мозг

Обычно с возрастом функции мозга ухудшаются: некоторые нейроны дегенерируют, а новые не появляются. Кроме того, развивается несильное хроническое воспаление, ведущее к развитию многих заболеваний.

Людвиг Айнер (Ludwig Aigner) и его коллеги из Медицинского университета Парацельса (Paracelsus Medical University, Австрия) обратили внимание на рецепторы в мозге, которые при активации могут запускать воспалительные процессы. Скопления этих рецепторов находятся в областях нейрогенеза.

Исследователи провели эксперимент с участием 20 молодых и 14 старых крыс. Возраст первых был 4 месяца, что соответствовало 17 человеческим годам, а вторых — 20 месяцев, что было эквивалентно 65—75 годам человека. Одна группа животных перорально в дозах, эквивалентных дозам, назначаемым человеку, в течение шести недель получала монтелукаст (Сингуляр) — лекарство, используемое для лечения астмы и аллергического ринита. Крысы, вошедшие в контрольную группу, препарат не принимали.

Перед началом эксперимента и сразу после его окончания все крысы прошли тесты на обучение и память. До приема монтелукаста старые крысы показали гораздо худшие результаты, чем молодые животные. Однако шестинедельный прием препарата практически сравнял способности старых и молодых крыс, у которых, кстати, никаких улучшений замечено не было.

Лекарство также значительно уменьшило воспаление в головном мозге и усилило нейрогенез у старых крыс — до половины тех показателей, которые были у молодых. Укрепился и гематоэнцефалический барьер, который ослабляется к старости. Джеймс Николл (James Nicoll), невропатолог из Университета Саутгемптона (University of Southampton, Великобритания) считает, что клинические испытания монтелукаста можно будет провести легко и быстро, так как этот препарат широко используется. Айнер хочет начать тестирование препарата на пациентах с болезнью Паркинсона.

Однако мнения по поводу результатов исследования сильно расходятся. В то время как одни считают эту работу многообещающей, другие, например Брайс Вайссел (Bruce Vissel) из австралийского Института медицинских исследований Гарван (Garvan Institute of Medical Research), подчеркивают, что пока ни один перспективный подход по лечению нейродегенеративных заболеваний не был перенесен с животных на людей успешно.

Источник: Медпортал

### Противораковый препарат поможет при болезни Паркинсона

Препарат нилотиниб, разработанный для лечения лейкомии, также может оказаться полезным для пациентов с болезнью Паркинсона и болезнью диффузных телец Леви. Об этом сообщили специалисты из Медицинского центра при Университете Джорджтауна (Georgetown University Medical Center) по результатам небольшого клинического исследования, в котором приняли участие 12 человек. Все они страдали болезнью Паркинсона или же сходным нарушением, известным как болезнь диффузных телец Леви. В течение полугода все участники эксперимента получали лечение против хронической миелогенной лейкомии. 10 человек из 12 отметили существенные улучшения двигательных и умственных способностей: так, один из пациентов смог встать из инвалидного кресла, а к трем другим вернулась способность говорить.

Исследования показали, что у участников эксперимента отмечалось существенное изменение концентраций белков, ассоциированных с болезнью Паркинсона, в спинномозговой жидкости. Среди них α-синуклеин и амилоид-β. Более ранние исследования показали, что при прогрессии заболевания уровень этих белков в спинномозговой жидкости снижается. Нилотиниб же способствовал росту концентрации этих белков. Также лекарство вызывало увеличение уровня дофамина.

Чарбель Мусса (Charbel Moussa) и его коллеги предполагают, что нилотиниб сможет использоваться при лечении нейродегенеративных заболеваний.

Исследование, впрочем, уже подверглось критике экспертов. Существенным недостатком эксперимента было отсутствие контрольной группы, а также то, что исследователи не сравнивали эффективность нилотиниба с другими препаратами, используемыми для лечения болезни Паркинсона.

Авторы объясняют, что прежде всего их интересовала безопасность: участники эксперимента ежедневно получали гораздо меньшие дозы нилотиниба, чем те, которые назначаются при лечении рака. Это не привело к появлению каких-либо побочных эффектов. Сейчас ученые планируют проведение более крупного исследования, которое скорее всего будет начато в 2016 году.

Источник: Медпортал



## Интервью

### В каком возрасте надо рожать, чтобы жить долго

В новом исследовании ученые обнаружили связь между риском ранней смерти у женщин и возрастом, в котором она родила своего первого ребенка. Оказалось, что дольше всего живут женщины, родившие ребенка в возрасте от 26 лет до 31 года.

Европейский университет по исследованию питания и рака (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) проанализировал данные 322 тысяч женщин из 10 европейских стран. Исследование длилось почти 13 лет. За это время умерли 14383 женщины. 5983 из них страдали онкологическими заболеваниями, 2404 — болезнями системы кровообращения.

Ученые обнаружили, что у женщин, имевших детей, риск преждевременной смерти из-за этих заболеваний был на 20% меньше, чем у бездетных участниц исследования. Кроме того, рождение второго и третьего ребенка также увеличивало продолжительность жизни женщины.

Как показали результаты исследования, риск развития рака или болезней системы кровообращения повышается, если у женщины были ранние или поздние роды. Реже всего от этих заболеваний страдали женщины, впервые ставшие матерями в возрасте от 26 до 30 лет.

Источник: Доктор Питер

### Каждый третий россиянин верит в лечение биополем

Всероссийский центр изучения общественного мнения выяснил, как россияне относятся к «народным целителям». Оказалось, что более трети населения все еще верят в лечение гипнозом и биополем.

Как показали результаты ВЦИОМ, 41% россиян верят в возможность лечения болезней гипнозом, 49% — скептически относятся к такому виду терапии, 10% — не могут сказать определенно. При этом доверие к лечению гипнозом с 90-х годов серьезно пошатнулось — тогда в него верили 63% респондентов.

Лечение биополем признает каждый третий опрошенный (35%), еще 12% колеблются в своем мнении на этот счет. За 25 лет число скептически настроенных также значительно увеличилось — в 1990 году в лечебную силу наложения рук верила почти половина населения (49%).

Как отмечают в ВЦИОМ, больше верить в реальность подобных явлений склонны те, кто мог видеть трансляции «лечебных» сеансов по телевизору. А вот молодые люди относятся к этим явлениям скептически.

При этом со времен перестройки больше стало тех, кто полагает, что некоторые люди имеют колдовские силы и способны наводить порчу (с 37% в 1990 году до 48% в 2015 году). Более половины опрошенных (55%) считают возможным предсказывать будущее.

Опрос ВЦИОМ проводился среди 1600 человек в 130 населенных пунктах страны.

Источник: Доктор Питер

### Клиника «Атлас» получила 15 млн рублей на изучение микрофлоры кишечника

Биомедицинский холдинг «Атлас», ранее вместе с лабораторией системной биологии МФТИ получивший грант в размере 15 млн рублей на изучение микрофлоры кишечника (микробиоты), решил собрать недостающие средства на исследование с помощью краудфандинга (привлечения финансирования от большого числа людей).

Сбор средств будет запущен на краудфандинговой платформе Boomstarter.ru, соборщи корреспонденту Vademecum в пресс-службе компании. «Каждый, кто внесет сумму в 5000 рублей и более, получит возможность пройти скрининг микробиоты (совокупность всех микроорганизмов кишечника)», — пояснили в компании. По результатам скрининга добровольцы получат рекомендации по питанию, а через месяц смогут пройти еще один тест, который покажет, повлияла ли смена рациона на состояние их здоровья.

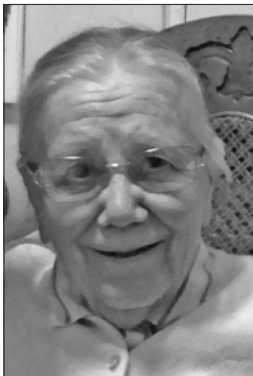
Таким образом, с помощью краудфандинга «Атлас» соберет не только средства на исследование, но и материал для них. «Чем больше людей примет участие в проекте, тем существенней будет массив данных, доступных для изучения», — считают в компании.

Масштабный научный проект «Микробиом человека», посвященный изучению всех видов микроорганизмов, живущих в теле человека (в том числе микрофлоры кишечника), завершился в 2012 году. Он обошелся американским Национальным институтам здравоохранения в \$173 млн. Результаты проекта были представлены в 15 научных публикациях, раскрывающих все данные, собранные в ходе многолетнего исследования. Все добровольцы, принявшие участие в исследовании, были обследованы и признаны здоровыми. «Вопрос о том, как индивидуальные вариации типов бактерий влияют на возможное развитие болезней у здоровых людей, пока остается открытым», — пояснил тогда американским СМИ один из участников проекта Энтони Фодор из Университета Северной Каролины.

Ранее биомедицинский холдинг «Атлас» вывел на российский рынок генетический тест «Моя генетика», по результатам которого клиенты компании могут получить рекомендации по здоровому питанию, оптимальным видам спорта и чувствительности к лекарственным средствам, а также данные о предрасположенности к различным заболеваниям.

Источник: Вадемеку

Я закончила в 51-м Второй медицинский институт в Москве, мы были первые шестилетки. Я была старостой группы после 4-го курса. Верка Романовская, которая была у нас старостой до этого, отказалась, и все 10 наших девочек тоже сказали: «Только не я, пускай кто-то другой будет». Я очень рассердилась, я уже тогда было импульсивная, и сказала: «Ну и черт с вами, буду я. Но, предупреждаю, что отметок о том, кто как ходит на лекции писать не буду, я буду только получать стипендию».



## КОЛЫМСКИЕ РАССКАЗЫ МИРЫ ЯХНИНОЙ

Мира, моя тетья, жена родного брата моей мамы Мартина. Уже 25 лет живет ее семья в Нью-Йорке, я часто бываю у них, слушаю рассказы. Все больше про мою бабушку. Она даже книгу — сборник — выпустила про мою бабушку Х.С. Мартинсон. Но судьба самой Миры тоже интересна, и разговор как-то зашел у нас про Колыму, где работала она после окончания института. Как всякий разговор — он немного отрывчатый, с пятого на десятое перескакивает, но я попытался ввести его в русло, собрать из разных мест воедино в некую канву.

Вот что получилось.

Павел Воробьев

Распределение — Колыма: На 6-м курсе меня пригласили как старосту присутствовать на распределении. Начали распределять с меня, спрашивают, куда я хочу. Я хотела на Урал: мы там были во время эвакуации, мне нравится рабочий народ, я хотела быть в рабочем коллективе. Они говорят, что у нас на Урале нет мест, но есть в Казахстане, это почти как Урал. Я была дура, доверчивая, решила — ну раз они так говорят, значит так и есть. И подписываю Казахстан.

Потом приходят девочки, и я вижу, как их облапошивают: на черное говорят — это белое, на белый говорят — это черное. Верка Романовская была лучшей на курсе. Ее папа работал в редакции «Гудка» вместе с Ильфом и Петровым и благополучно был расстрелян. Мать, Зинаида Николаевна, была арестована, и пять лет провела в лагерях. Верка была старше нас всех. Когда началась война, она училась в Энергетическом институте. Она, несмотря на все, была большой патриоткой и с началом войны пошла на курсы медсестер. Всю войну работала на санитарном поезде: возила раненых с фронта. Они очень дружили с Муськой Мусьсон. Муська распределилась первая на Приморскую железную дорогу. Верка уже знала, куда распределилась Муська, хотела распределиться поближе к ней и просилась на Приморскую железную дорогу. А ей говорят — нет. У тебя отец и мать враги, а ты хочешь еще где-то поближе к границе — не пойдешь. И ей дают Томскую железную дорогу.

У нас было еще одна фронтовичка — Галка. Курила на всех переменах и похихивала. Ходила в шинели. Перед Днем Советской Армии мы решили: пускай наши фронтовички расскажут, как они воевали. Верка рассказала, как они возили раненых, а Галка только хохотала и рассказывала, что была какая-то нора из которой появлялись крысы, и они стреляли по этим крысам. (Примечание II — может быть она рассказала про свою работу в аллегорической форме, а девушки не поняли этого?). И вот Галка входит и говорит: «На меня должен быть запрос из НКВД». Я высочила в коридор с выпученными глазами: «Девчонки, Галка-то у нас энкэвэдэшница». Муська схватилась за голову и говорит: «Ой, сколько я наговорила за шесть лет». Но она, видимо, нас никого не выдала.

А я уже поняла, что Казахстан, которой я подписала — это совершенно не то, что я хочу — это никакой не рабочий район, а казахские степи. Я говорю, что вы меня ввели в заблуждение, и я в Казахстан не поеду. Я на Томскую железную дорогу хочу, вместе с Романовской. С этим я пришла в Министерство путей сообщения, ходила целый месяц. Они вместо томской предлагали забайкальскую железную дорогу. А я — на принцип. Жара была жуткая, сидел чиновник, спал, я сидела перед ним: он проснется — вы еще здесь? Я была очень смешная, как школьница, встала в позу и говорю: «Вы хотите иметь врача, который хочет работать?» Он горит — да (сквозь сон). «Вот я хочу работать на Томской железной дороге». А он говорит — нет. И он сказал замечательную фразу: «А куда вы денетесь, поедете как миленькая».

Я пришла домой, а дома тетья Фанечка. Она с 37-го по 44-й проработала на Колыме, оставила по себе замечательную память. Ее первый муж был военный — она в Башкирии вышла за него, Григория Пименовича Фролова. Они жили в Могилеве. Его лучшего друга арестовали, и он совершенно потерял голову: «Я просто не понимаю, как мой лучший друг мог оказаться врагом народа». Во время обеда в столовой появились боли в сердце, он бросился домой, с криком «Фанечка, я умираю», вбежал в дом и умер. Ему было всего 37 лет. И она уехала на Колыму. В Магадане больницы еще не было, город строился, пионеры жили в палатках. Вольнонаемные сохранили хорошее отношение друг другу. Когда люди узнавали, что я ее племянница, то говорили: если вы хотя бы наполовину имеете то, что она имела, то вы уже хороший врач.

И он сказал замечательную фразу: «А куда вы денетесь, поедете как миленькая».

В Находке порядка не было никакого. Нас поселили в бараках пересылки, они были полны клопов.

Тетья Фаня говорит, что забайкальская железная дорога — это примерно то же самое, что Колыма: те же заключенные, тот же ужасный климат, те же ветры. На Колыму поедешь — уже через 3 года свободна, а в министерство путей сообщения — на всю жизнь. И я пошла в Дальстрой, в это страшное место. Я вошла в большую комнату, стоят столы без перегородок. Я смешная такая была, сказала: «Я пришла вам доставить удовольствие. К вам приходят для того чтобы сказать, что они не хотят поехать на Колыму, а я пришла сказать, что я хочу на Колыму».

Фаня узнала, что начальник Санупра Дальстроя, Щербаков Анатолий Степанович, (Примечание II — это был первый начальник и имел звание полковника медицины) как раз в Москве. Она попросила его мне помочь. Второе письмо она написала Свердловой Анне Вениаминовне (Примечание II: по другим сведениям — Анна Натановна Свердлова, заместитель А.С. Щербакова)

Дорога дальняя. Я выехала 14 августа, ехала очень долго, приехала в Находку 5 сентября. Когда уезжала из Москвы, соседка познакомилась со своим племянником Толей, который как раз ехал с юга из отпуска во Владивосток с женой Женей и дочкой. Я приехал во Владивосток, сдала свой багаж — 4 громадных места багажа: корзина с книгами, ящик с кастрюлями, ящик одежды (тетья Фаня сказала, что на Колыме ничего нет и надо вести все с собою) — и пошла к ним. Толя после отпуска в ресторане встречался с друзьями, а мы стоим с Женей, ждем их. Я смотрю на часы — опаздываем, поезд в полночь, а уже время. Один офицер взял у меня квитанцию на багаж и ушел. Погрузка на поезд — как всегда на Руси — у кого локти крепче, тот вперед и сядет. Один из офицеров подзвал матросика и спросил: «Ты меня знаешь?» «Так точно!» «Вот иди и займи этой девушке место». Он занял место на второй полке и всю дорогу у меня спрашивал — кто этот офицер и кем он мне приходится. А я даже имени его не знала.

Этот поезд из Владивостока на Находку — видимо еще времен японской войны (Примечание II — железная дорога дотянулась до Владивостока лишь в 1916 г., т.е. после войны с Японией). Все вторые полки были в разломанном виде сплошными. Поезд весь дрожал. В нем ехало много знакомых, которые ехали со мной еще в поезде во Владивосток. Коробки свои я подлила уже в Находке. Вообще по дороге не воровали.

В Находке порядка не было никакого. Нас поселили в бараках пересылки, они были полны клопов. Я не смогла первую ночь там спать, вышла, сидела на какой-то крыше. (Комментарий II: через эти бараки в Находке, многократно описанные в литературе, шла перевалка всех заключенных на Колыму, но в 47-м году открылся Ванинский порт, и поток заключенных пошел через него. Поэтому в бараках жили уже вольнонаемные, которые ехали на Колыму). Это был август, еще на улице можно было провести ночь без клопов.

Жила я на деньги, которые мне дала тетья Фаня, никаких подъемных не было. Она мне сказала, что телеграфом мне еще переведет, если надо.

У Толи был брат Борис, он хорошо выпил, у него было полное косоглазие, он ничего не соображал. А Толя ему говорит: «Это соседка нашей тети, она едет в Магадан и ей надо помочь». Боря говорит: «Начальник порта — мой друг, я ему сейчас напишу записку». У меня была книжка с кроссвордами, он мне на чистой странице что-то написал. Ну, я думаю, что с пьяным разговором, положила ее к себе в сумку. И вот я 5 дней жду в Находке пароход. Очень редкие были пароходы, попасть на него совершенно нет никакой возможности. В первую очередь отправляют учеников: конец августа — начало сентября. А дальше никакой очередности, у кого нахальство больше — тот попадет. А я не умею. И тут я вспоминаю про записку Бориса, рассказываю знакомым, что мне ее дали. Они прочитали записку и говорят, что я дура — надо идти к начальнику порта. Я поехала. Начальник с греческой фамилией. Зашла, подаю эту записку, он ее прочел и сразу у него улыбка, расположение и говорит: «Странно, я только вчера был Владивостоке, Боря мне ничего не сказал про вас». Взял у меня деньги, паспорт, пропуск, документы, велел завтра к отплытию парохода подойти к нему, а багаж пускай грузится со всеми. Так это было организовано, потом разбирали, где чье, и я не слышала чтобы у кого-то пропал багаж.

Я назавтра прихожу, сажусь у двери, а мне сторож говорит, что он ушел на обед. Жду, время уже подходит, багаж мой на пароход уже уехал. Наконец не выдерживаю, говорю, может быть домой позвонить ему. Позвонили, начальник сказал — пускай сидит, ждет. Я уже на нервах, наконец, он появляется: давайте документы, говорит. У меня все опустилась: я же вчера все отдала. А он доволен: такая шутка удачная.

Повел он меня каким-то путями по пирсу, уже закончили погрузку, все люди на пароходе. Он проходит мимо морячка, который стоит у трапа и бросает ему: это со мной. Никакого билета. Мы с ним пришли на пароход, он когда-то на нем старпомом работал. Подошли к старпому, попросил куда-то меня поместить. А народу так много, все палубы

ваю, говорю, может быть домой позвонить ему. Позвонили, начальник сказал — пускай сидит, ждет. Я уже на нервах, наконец, он появляется: давайте документы, говорит. У меня все опустилась: я же вчера все отдала. А он доволен: такая шутка удачная.

Повел он меня каким-то путями по пирсу, уже закончили погрузку, все люди на пароходе. Он проходит мимо морячка, который стоит у трапа и бросает ему: это со мной. Никакого билета. Мы с ним пришли на пароход, он когда-то на нем старпомом работал. Подошли к старпому, попросил куда-то меня поместить. А народу так много, все палубы

Я назавтра прихожу, сажусь у двери, а мне сторож говорит, что он ушел на обед. Жду, время уже подходит, багаж мой на пароход уже уехал. Наконец не выдерживаю, говорю, может быть домой позвонить ему. Позвонили, начальник сказал — пускай сидит, ждет. Я уже на нервах, наконец, он появляется: давайте документы, говорит. У меня все опустилась: я же вчера все отдала. А он доволен: такая шутка удачная.

Повел он меня каким-то путями по пирсу, уже закончили погрузку, все люди на пароходе. Он проходит мимо морячка, который стоит у трапа и бросает ему: это со мной. Никакого билета. Мы с ним пришли на пароход, он когда-то на нем старпомом работал. Подошли к старпому, попросил куда-то меня поместить. А народу так много, все палубы

Я назавтра прихожу, сажусь у двери, а мне сторож говорит, что он ушел на обед. Жду, время уже подходит, багаж мой на пароход уже уехал. Наконец не выдерживаю, говорю, может быть домой позвонить ему. Позвонили, начальник сказал — пускай сидит, ждет. Я уже на нервах, наконец, он появляется: давайте документы, говорит. У меня все опустилась: я же вчера все отдала. А он доволен: такая шутка удачная.

Повел он меня каким-то путями по пирсу, уже закончили погрузку, все люди на пароходе. Он проходит мимо морячка, который стоит у трапа и бросает ему: это со мной. Никакого билета. Мы с ним пришли на пароход, он когда-то на нем старпомом работал. Подошли к старпому, попросил куда-то меня поместить. А народу так много, все палубы

Продолжение на стр. 7



Начало на стр. 6

заняты. В Охотском море на палубе — удовольствие ниже среднего: холодно. Старпом называет мне второго класса каюту, достал бутылку с шампанским налил бокалы: был повод — начальник порта на корабле. Начальник сказал мне: «Если что случится в пути, ты к нему обращайся, он тебе поможет».

Корабль назывался «Владимир Ильич», это был один из кораблей, которые мы взяли по контрибуции у немцев. Один из них — «Россия» — плавал на Черноморье, а второй «Владимир Ильич» — в море Охотском. (Примечание П: Два одинаковых корабля — «Русь» и «Ильич» плавали на Дальнем Востоке, оба они — попали к нам по контрибуции. В Черном море действительно был дизель-электроход Россия, у немцев имевший имя «Родина»). Океанский пароход многоэтажный, чего там только не было. В Охотском море бассейн был не нужен, там холодно, но при желании люди могли играть там в теннис. Пароход шел 5 суток через Татарский пролив. Все было интересно по молодости, много было молодежи, я очень быстро подружилась с ней.

Я была доверчивая, открытая, и люди, когда со мной сталкивались, поражались этой открытости. Тут я встретила семью, с которой ехала из Москвы. Это было первым испытанием в моей жизни. Мы были в хороших отношениях, вроде мы подружились. А у них — место на палубе, мальчик в 8-м классе. И когда они услышали, что у меня каюта, они сказали — ну, ты далеко пойдешь. Мне пришлось в голову обратиться к старпому. Оказалось, что всегда в запасе есть несколько мест в распоряжении старпома. На всякий случай. И он дал им 1 место: для них это было выходом из положения, они спали в каюте по очереди, отогревались в этой каюте. Но когда мы стали подплывать к Магадану, я оказалась в положении мопассановской Пышки. Эти люди, которым я помогла с местом в каюте, резко изменили ко мне отношение: то мы были друзья, они мной восторгались, а тут вдруг все кончилось: такое ледяное отношение. Я потом поняла, что они решили, что должны будут меня благодарить, помогать.

Когда я приехала, пароход встречали оркестром. Пароход приходил раз в неделю, раз в 10 дней, это было событие и я очень хорошо помню, как это было. Конечно, на музыкантах не было написано, что они заключенные. Но там я впервые видела, как каторжных вели в баню...

Пока плыли, никакого обсуждения про лагерь, про заключенных не было. Знать — я знала, но никто ничего не обсуждал. Когда мы приехали, нас пригласили на инструктаж, и тут сказали, что нам будут все говорить, что они не виноваты. Но не может же быть так, что все не виноваты, так не бывает, обязательно кто-то виноват. Поэтому, вы не слушайте, когда вам это говорят. И вообще, комсомольцам не положено общаться с заключенными, надо быть от них подальше.

Жить я стала опять в транзитке. Одна комната на весь барак, и там и мужчины, и женщины. Вначале я устроилась внизу с женщиной на одной доске. Но ночью какой-то плюгавый мужик стал ее обшупывать. Я ничего не могла понять, но они мне не давали спать, и я перебралась наверх. Утром весь барак хохотал: почему я ночью ушла оттуда. Якобы он просто искал, что она потеряла что-то.

Я в транзитке тоже со всеми дружила. Там много всякого народа скапливалось: те, кто ехал в отпуск, часто это были бывшие заключенные. Они очень долго ждали парохода, пропивали все деньги и возвращались обратно. Вторая группа — это договорники, которые приезжали зарабатывать деньги. Я подружилась с семьей с реки Лена. Бабушка рассказала, что ее отец был участником ленских расстрелов. Она взяла надо мной шефство, подкармливала. И были такие, как я, после института. Я так поняла, что раньше туда вообще не приезжали молодые специалисты.

П. Ну, была Савоева — Мама Черная из больницы на Беличьей, которая спасла Шаламова, были другие.

Трудоустройство. Телеграфом тетя Фаня переслала мне деньги. Жили как одна семья, относились ко мне хорошо.

Бывший зек написал мне какие-то стихи. Но при этом он не позволял себе ничего, просто удивился, что такие бывают дуры. Я на следующий день пошла к Шербакову. С ним на приеме сидел какой-то человек. Когда я назвала свою фамилию, Анатолий Степанович говорит, что к нам едет второе поколение, и тот тоже сказал, что Фаня Эммануиловна была такая замечательная заведующая отделением в магаданской областной больнице. Он мне дал сразу направление на Эльген. Я взяла это направление, пришла к себе на транзитку, а там весь барак обсуждает все происходящее. И вот я сообщила про направление на Эльген. А я на 6-м курсе от профессора Терновского практически не вылезала, во чтобы то ни стало хотела быть детским хирургом. К концу года мне разрешили сделать несколько операций: аппендицит, грыжесечение, остеомиелит. Я считала, что я уже хирург, у меня справка от Сергея Дмитриевича Терновского, что я детский хирург.

На Эльгене мне говорят, лагерь женщин, при нем детский дом, и ты пойдешь в этот детский дом — это как в ясли работать. Ты хочешь работать в яслях? — Нет, я хочу быть хирургом. И я к нему снова пошла. Я потом поняла: он наверное решил меня спасти от голода, там все-таки я бы умерла. В общем я месяц болталась в Магадане. Я подружилась с Евгенией Григорьевной, которая заведовала хирургическим отделением. Она разрешила мне — там такая свобода нравов как нигде была — работать без оформления. Я там даже дежурила в отделении. Ее муж был строитель. Он однажды встретил Анатолия Степановича и говорит: «Слушай, давайте за эту Яхнину — оставь ее в Магадане — я тебе кровельного железа дам».

А я добралась до стадиона, там молодые ребята, они говорят — нужен врач. Я решила: буду зарабатывать спортивным врачом, а по ночам дежурировать. Они звонят Анатолию Степановичу, а он в ответ: месяц уже прошел, как, она еще тут? Я сейчас уезжаю, если я приеду, а она все еще будет в Магадане, я ее уберу на Певек. А Певек — это одно из самых страшных мест.

Я поняла, что поиски мои закончились и надо ехать. В Теньку. Это направо от Палатки прямо на запад километров 400. Колымский тракт идет выше, севернее, до Усть-Неры. А это ниже — долина реки Тенька. Она впадает в Колыму. Здесь недалеко до Бутугчага. На Колыме было 6 управлений, одно из них — Тенькинское. Центр был в Усть-Омчуге.

Была открытая грузовая машина, там внутри лавки, на которых сидят. Машина, брезентом крытая. Работяги, которые со мной ехали, начали меня учить уму-разуму. В Палатку приехали — надо зайти перекусить. Зашла, а сумку с документами поставила на скамеечку. Выхожу — нет ее. Все-все деньги, документы — все пропало. Они говорят: «Это мы тебе нарочно, ты на Колыме». На следующей остановке я уже сумку брала с собой, но пальто повесила на гвоздик. Вернулась — пальто нет, это опять надо мной насмеялись.

Доехали до Усть-Омчуга, опять мне дали место в транзитке. И сразу — направление на Транспортный. Я поняла, что Анатолий Степанович уже сказал обо мне, что меня надо в больницу. Это было 3 октября. Больница была в 100 километрах от Усть-Омчуга. В поселке были стройконтра, автобаза и дизельная электростанция — больше ничего. На дизельный работала несколько человек.

Больница на 160 коек была одна на всю долину, в ней все отделения были, а врачей почти не было. Поэтому работать приходилось по 24 часа в сутки. Стали мне платить ставку в 1000 руб., в то время как на материке платили 600 руб. Но купить было нечего, спекулянты продавали яйца по 100 руб. десяток. С меня брали еще за бездетность и подоходный налоги, так что получилось на руки еще меньше. Но меня это как-то не заботило мне важно было работать, я окунулась в работу с головой и была прямо совершенно счастлива.

Меня главный врач поселил к Асе (Примечание П: Ася Федоровна Жукова, врач, партизанка, участница операции по спасению Кракова от взрыва), она уже год работала. За год до меня там была молодая врач, она была очень красивая, с косами, и ее послали в лагерь врачом. А ты даже представить себе не можешь, что это такое. В нее влюбился начальник лагеря и деваться было некуда, и она повесилась, оказавшись в жутком положении. После этого стали внимательно относиться к молодым специалистам, я уже приехала на подготовленную почву.

Ася — она совершенно другого склада, она уже прошла огонь и воду и медные трубы в партизанском отряде. Поэтому работа в лагере для нее не была чем-то из ряда вон выходящим. И когда работяги говорили ей: «Дай отпуск с работы», она могла им сказать нет. Она тоже, при этом, побаивалась. Ася всегда была очень себе на уме. Наверное, как все разведчики. Она никогда никого в расчет не брала. Она закончила в Днепропетровске мединститут в 49-м, год проработала на прииске Тимошенко в лагере для заключенных, проходила по системе ГУЛага. Я проходила как вольнонаемная, поэтому у меня зарплата была маленькая, а у нее — большая.

Кроме того, она получила пищевой паек, и когда мы с ней стали жить вместе, то я стала оплачивать часть стоимости этого пищевого пайка. Это было очень важно, потому что купить было ничего нельзя, и в магазине полки были пустыми.

Кроме того, она получила пищевой паек, и когда мы с ней стали жить вместе, то я стала оплачивать часть стоимости этого пищевого пайка. Это было очень важно, потому что купить было ничего нельзя, и в магазине полки были пустыми.

В селении «Фабрика Берия» работала и потом погибла жена Ширшова. Ширшов был один из 4 челюскинцев. Она была очень красивая, и Берия положил на нее глаз. А на прииске Тимошенко была еще одна жертва — молодая актриса. Был такой фильм «Поезд идет на восток». Молодая красивая актриса, ее обвинили в связи с иностранцами, и ее угораздило попасть на прииск Тимошенко. Там условия страшные. К этой актрисе отнесся благосклонно начальник лагеря, к ней приехала ее мать, она получила разрешение приходить на квартиру, снятую матерью. Потом сменился начальник лагеря, он сказал, что это такое — контра и поблажки. Ее заставили опять жить в бараке, и она наложила на себя руки. Это все было примерно за год до меня, Аська ее знала. Я ничего этого не знала, я приехала просто душно наивная, добрая, главное для меня было работать.

(Продолжение в следующем номере)

## ИнтерНьюс

**В НИИ Турнера спасли трех детей, которым собаки сняли скальп**

В этом году в НИИ ортопедии им. Г.И. Турнера провели сложнейшие операции трем детям, пострадавшим от нападения собак. Помимо помощи хирургов, таким пациентам требуется долгая психологическая реабилитация.

Как рассказал «Доктору Питеру» директор НИИ ортопедии им. Г.И. Турнера Алексей Баиндурашвили, в Петербурге участились случаи нападения собак на детей:

— Мы оперировали этим летом трех детей — двух девочек и мальчика. У всех троих в буквальном смысле слова был снят скальп с головы. Чтобы помочь таким пациентам, требуется сложная микрохирургическая многочасовая операция. Семь часов мне понадобилось для оперирования ребенка, на которого напала собака, выращенная для охоты на диких животных. На детей нападают и собаки, которые живут в семье. Одна из наших недавних пациенток пострадала от дога, с которым вместе росла.

Врач отмечает, что помощь хирурга — это только часть медицинской помощи, которую должен получить пострадавший ребенок. Ему необходимо психически восстановиться — избавиться от страхов, которые после ужасной травмы могут преследовать его всю жизнь. На такую психологическую реабилитацию уходит как минимум 3—4 месяца. По словам директора Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Турнера, пострадавшие дети сейчас чувствуют себя хорошо и наблюдаются у врачей клиники. Шрамы и дефекты, которые останутся после первых операций, придется лечить еще долго — понадобятся местные пластические операции, чтобы избавиться от них.

Источник: Доктор Питер

**Сингапурцев признали самой здоровой нацией**

Самые здоровые люди живут в Сингапуре, свидетельствуют результаты исследования Bloomberg, которое проводилось на основе данных ООН, Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения.

Рассматривались только страны, численность населения которых превышает 1 млн человек, они получали баллы «за здоровье», из которых затем вычитались очки «рисков для здоровья».

Показатели здоровья оценивались на основе таких факторов, как ожидаемая продолжительность жизни, причины смертности, смертность в зависимости от возрастных групп и другие. Риски же изучались с учетом данных о признаках, которые могут негативно влиять на здоровье: количество курящих среди молодежи, численность населения с повышенным уровнем холестерина и повышенным давлением, распространенность вакцинации, число страдающих ожирением и инфицированных ВИЧ, уровень экологической загрязненности и тому подобным.

Сингапурцы получили оценку в 89,45%, на втором месте оказались итальянцы с 89,07%. Замкнули тройку граждане Австралии — 88,33%.

В первой десятке также оказались Швейцария (четвертое место 88,29%), Япония (пятое место 86,83%) и Израиль (шестое место 85,97). Далее расположились: Испания, Нидерланды, Швеция и Германия, которая замкнула топ-10. Великобритания на 21-м месте (76,84%), США — с 66,84% на 33-й строчке.

Россия заняла лишь 97-е место из 145, набрав 26,44%.

При этом при составлении рейтинга не учитывалась смертность в результате военных действий, поэтому в верхней половине рейтинга оказались такие страны, как Сирия и Ливия.

Внизу таблицы оказались африканские государства: на последнем месте Свазиленд с показателем 0,26%, на 144-й строчке Лесото (0,37%), на 143-й — Демократическая республика Конго (0,97%).

Как отмечает The Independent, комментируя результаты исследования и ссылаясь на заявления Всемирного экономического форума, слово «здоровый» можно интерпретировать по-разному. Так, если под ним подразумевать «качество жизни», а не «ожидаемую продолжительность жизни», высокие баллы получают страны с небольшим доходом, но высоким уровнем удовлетворенности жизнью.

Результаты спорны, к примеру, и потому, что Чад оказался в рейтинге Bloomberg на 142-м месте, но при этом другое исследование показало, что жителей этой африканской страны самая здоровая диета.

Источник: Интерфакс



Кроме того, она получила пищевой паек, и когда мы с ней стали жить вместе, то я стала оплачивать часть стоимости этого пищевого пайка. Это было очень важно, потому что купить было ничего нельзя, и в магазине полки были пустыми.



**ИНФОРМАЦИЯ****об отчетно-перевыборном собрании МГНОТ  
от 14 октября 2015 г.**

Всего присутствовало 54 члена МГНОТ, из них — 7 членов Правления, включая академика А.И. Воробьева. Вел собрание Председатель Правления П.А. Воробьев. После отчетного доклада о деятельности Общества с 2011 года (П.А. Воробьев) и отчета Ревизионной комиссии (В.В. Цурко) на голосование был поставлен вопрос о переизбрании Председателя Правления МГНОТ на новый срок. Голосование — 1 голос против. Согласно Уставу МГНОТ (редакция 2012 г.), необходимо было избрать Правление МГНОТ, Президиум МГНОТ и Ревизионную комиссию. Результаты голосования предполагалось в дальнейшем утвердить новым составом Правления. Результаты голосования представлены в таблице.

На заседании Правления и Президиума МГНОТ 28.10.15 (присутствовало 11 человек) были доложены результаты выборов. А.Л. Сыркин предложил академику А.И. Воробьеву стать Почетным Председателем МГНОТ, а академику Мухину Н.А. возглавить Президиум МГНОТ. П.А. Воробьев предложил кооптировать в состав Правления ответственного секретаря Общества (по должности). Он напомнил, что Е.Н. Кочина вела эту работу на протяжении 40 лет и сейчас по состоянию здоровья отошла от этой деятельности. В настоящее время приступила к выполнению этих обязанностей Нерсесян М.Ю. Присутствующие согласились с предложениями и утвердили результаты состоявшихся выборов с учетом поправок.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ГОЛОСОВАНИЯ  
ПО СОСТАВУ ПРАВЛЕНИЯ И ПРЕЗИДИУМА МГНОТ  
от 14.10.2015**

Правление МГНОТ	Президиум МГНОТ
Ардашев В.Н.	Беленков Ю.Н.
Власов В.В.	Богомолов Б.П.
Воробьев П.А.	Бурцев В.И.,
Глезер М.Г.	Васильева Е.Ю.
Дворецкий Л.И.	Воробьев А.И.
Зайцев А.А.	Белоусов Ю.Б.
Ивашкин В.Т.	Бокарев И.Н.
Лазебник Л.Б.	Гогин Е.Е.
Лихтерман Б.Л.	Голиков А.П.
Моисеев В.С.	Губкина Д.И.
Мухин Н.А.	Зайратьянц О.В.
Насонов Е.Л.	Заславская Р.М.
Овчинников Ю.В.	Кактурский Л.В.
Парфенов В.А.	Кочина Е.Н.
Подзолков В.И.	Мартынов А.И.
Савенков М.П.	Палеев Н.Р.
Симоненко В.Б.	Покровский В.И.
Синопальников А.И.	Положенкова Л.А.
Сыркин А.Л.	Сулимов В.А.
Сычев Д.А.	Чазов Е.И.
Тюрин В.П.	Чучалин А.Г.
<b>Ревизионная комиссия МГНОТ</b>	Шिशкова Т.В.
	Шпектор А.В.
Комиссаренко И.А.	Ющук Н.Д.
Цурко В.В.	Яковлев В.Б.

*Утверждено на заседании Правления МГНОТ  
28.10.2015  
Секретарь Нерсесян М.Ю.*

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно


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

Телефон 8-495-83-74, 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»!



Павел Воробьев

**Прошел год**

Со дня ликвидации нашего корпуса в 7-й больнице и прекращения работы кафедры на ней. Это была первая ласточка, проба пера. В течение следующих месяцев сократили половину отделений, койки в оставшихся. Затем, как положено по классике, расстреляли... нет, уволили главных фигурантов: главнюка Бадму и его подпевалу Таньку. Мавры, высунув языки от усердия, свое черное дело сделали. Потом и больницу ликвидировали. Де юро. Возможно с прицелом потом на землю. Там ее много. Врачи уходили молча, или — почти молча. Кто-то, правда, умер сразу. Это бывает: щепки летят. Кто-то — походил на митинги, забрал свои 500 тысяч и теперь мыкается по частным клиникам. Работы в них нет. Реальной. Той, к которой привыкли: каждый день по несколько операций, сложные скорпомощные больные, все экстренно, все — через

реанимацию. В частных клиниках — отстойник, тут надо чеки в размере повышать. Тихо подвывают оставшиеся: больных негде размещать, вал, поток не сильно-то уменьшился. Да и то — разве люди болеть перестали? Вот и кладут повсеместно по 60—70 человек на формальные 30 коек. Только персонал работает там из расчета 30 коек. Врач (заведующий) на 3 ставки. Конечно, качество возросло. А как ему не возрасти, когда выпихивают теперь недолеченных домой, оперируют тех, кому операция не нужна (статистика, статистика), проводят работу с патологоанатомами, чтобы писали «правильные» диагнозы. Ведь умирать от инфаркта и пневмонии теперь не моги. Запрещено. Вот и крутят причинами смерти как колесом на бедрах. Такая вот реформация годовая.

*Опубликовано в Интернете*

## «Пожилой больной. Качество жизни»: 20 лет спустя

В Москве прошла юбилейная конференция Научного медицинского общества геронтологов и гериатров.

Старейший в стране гериатрический международный научно-практический форум «Пожилой больной. Качество жизни» проводится ежегодно вот уже двадцать лет подряд. В этом году в научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» приняли участие почти 600 студентов, ординаторов, врачей-гериатров, преподавателей медицинских вузов. Приехали не только специалисты из российских регионов, но и коллеги из стран СНГ и дальнего зарубежья.

По традиции работа конференции началась с выступления ее идейного вдохновителя и организатора, председателя Форумного комитета, доктора медицинских наук, профессора Павла Воробьева. Он поздравил собравшихся с юбилеем и напомнил, что за два десятилетия конференция не только стала площадкой для обмена опытом в профессиональной среде, но и превратилась в то место, где формируются тренды и ставятся задачи в области оказания медико-социальной помощи пожилым. Павел Воробьев обратил внимание собравшихся на тот факт, что организаторы конференции всегда настаивают на необходимости максимально продлить период активного работоспособного возраста человека. Государство должно дать людям возможность как можно дольше работать, а не выгонять их на пенсию в 55 или 60 лет, уверен профессор Воробьев. Он еще раз поддержал идеи повышения пенсионного возраста в России, что соответствует сегодняшним тенденциям в жизни общества.

В этом году работа научно-практической конференции была разделена на тематические секции по наиболее важным направлениям оказания помощи: гематология, гастроэнтерология, неврология, патология органов дыхания, остеоартроз, болезнь Паркинсона, хроническое воспаление, патология сердечно-сосудистой системы и офтальмологические нарушения. Отдельное внимание было уделено медико-социальным аспектам лиц старческого возраста, реабилитации, социологии старости, профилактики преждевременного старения и актуальным вопросам организации сестринской помощи тяжелобольным и пожилым людям.

Важный медико-социальный доклад «Жестокое отношение к пожилым» сделал известный геронтолог, заведующий кафедрой терапии, гериатрии и апитерапии факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета Леонид Борисович Лазебник. В начале нулевых он занимал должность главного геронтолога Минздрава, впоследствии эта должность была ликвидирована на долгие годы. Л.Б. Лазебник высказал большое беспокойство по поводу утратившихся случаев физического и психологического насилия над пожилыми. Причина, уверен геронтолог, в окончательном распаде так называемой ядерной семьи (МД — где совместно живут три и более поколения). Пожилых и беспомощных обижают не только близкие родственники и родные дети. Прежде всего нуждами людей старшего возраста пренебрегает государство в лице системы здравоохранения и социальной защиты. Именно старикам чаще всего отказывают в госпитали-

зации, в выписке необходимых лекарств, дорогостоящих медицинских вмешательствах. Не говоря уже о том, что такие востребованные именно в пожилом возрасте вещи, как протезы суставов или металлические конструкции для хирургии, в массе своей просто не оплачиваются из средств ОМС.

«Общество сейчас гедонично, эгоцентрично, персонализировано и проникнуто идеей монетизации, — говорит профессор Лазебник. — В таком обществе нет запроса на достоверную информацию о реальном положении пожилых». Случаи насилия и пренебрежения нуждами граждан старческого возраста по сей день не фиксируются ни одним ведомством. Сами они практически никогда не жалуются: «все в себе держат».

Пожилые люди составляют 13% населения Земли, им выписывают треть всех производимых лекарственных препаратов и назначают больше половины медицинских манипуляций. Как отметила в своем выступлении на конференции «Пожилой больной. Качество жизни» нынешний главный гериатр Минздрава Ольга Ткачева, особенность пожилых пациентов — сочетание одновременно нескольких хронических патологий. Сам по себе синдром старческой астении насчитывает более 60 гериатрических синдромов, говорит Ольга Ткачева. При этом доказательная база эффективности применения многих лекарственных препаратов в старшем возрасте либо небольшая, либо полностью отсутствует — старческий возраст обычно является критерием исключения пациентов из клинических испытаний.

По этой причине пожилые чаще становятся жертвами полипрагмазии (одновременного назначения множества лекарственных препаратов), что считается серьезнейшей проблемой в ведении таких больных не только в России, но и во всех развитых странах. Заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии РМА-ПО профессор Дмитрий Сычев привел в пример благополучную Швецию, где недавно провели анализ пациентов, получающих одновременно десять и более препаратов. «Выяснилось, что с 2005 по 2008 год количество таких пациентов выросло почти на 30% в возрастной группе пациентов старше 60 лет», — отметил Дмитрий Сычев. Плохое состояние больных, которых, казалось бы, лечат очень активно и сразу по нескольким профилям, часто обусловлено «фармакологическим каскадом». Так красиво называют схему лечения, когда назначается сначала один препарат, его побочные действия пытаются погасить вторым препаратом, который, в свою очередь, тоже дает побочные эффекты, которые начинают «глушить» третьим, четвертым и пятым лекарством. В результате пациенту становится все хуже, и уже невозможно сказать от чего именно.

Несмотря на то что в залах, где проходили мероприятия конференции, не хватало мест, а на некоторых сессиях негде было даже встать, организаторы отмечают, что на «Пожилом больном» в этот раз было непривычно мало врачей из московских поликлиник: не более 5% от общего числа участников, что значительно меньше, чем в прошлые годы. Возможно, новые правила организации работы первичного звена в столичных поликлиниках и увеличившаяся в связи с их введением нагрузка на специалистов не позволили многим из них принять участие в работе конференции.

*Галина Паперная*