



Довольно часто публичные разговоры о проблемах и перспективах отечественного здравоохранения строятся на неявном допущении, что врач и медицинская организация — единственные, к кому приходят люди в случае проблем со здоровьем. В то же время здравый смысл и практический опыт говорят о противоположном — обращении к специалисту по тем или иным причинам часто заменяется практиками самодиагностики и самолечения, с использованием товаров и услуг, приобретенных без контроля медика-профессионала.

Тем более это очевидный факт для врача. Ему ежедневно приходится сталкиваться с тем, что его пациенты обращаются к «конкурентам» — альтернативным специалистам и иным, «неофициальным», источникам информации о здоровье. О них, однако, врач знает мало, поскольку обычно отсекает их от своего внимания как нечто несущественное и не имеющее к нему непосредственного отношения.

В этой статье я бы хотела поделиться некоторыми наблюдениями и соображениями об агентах «неформального здравоохранения», которых я изучала в рамках полевого социологического исследования вместе с коллегами из НИУ ВШЭ*. Прежде всего мы видели, что медики осведомлены об этих агентах, но предпочитают игнорировать, не считая нужным вмешиваться. По словам одного из наших информантов, об этом чаще говорят в коридоре поликлиники (т.е. среди самих пациентов), чем в кабинете доктора. Есть, конечно, и редкие исключения. Например, молодая врач-невролог из небольшого города специально ездила в деревню к местному костоправу, популярному в округе, чтобы призвать его не братья хотя бы за сложные случаи. На такой шаг она решилась после того, как к ней стали поступать пациенты с одинаковыми обострениями заболеланий позвоночника, побывавшие ранее у этого лекаря.

Доверие предшествует знаниям

Далее, выбор человеком лечения зависит от того, какую иерархию доверия и удобства разных способов заботы о здоровье он выстраивает для себя. И в каких-то случаях визит к врачу будет занимать в ней далеко не первое место, поскольку авторитет его потеснен более уважаемой соседкой, знакомым аптекарем, любимой «народной» газетой или, например, священником из особо «намоленного» храма. И это помимо медицинских справочников и статей в интернете, которые становятся главной опорой самодиагностики среди людей молодого и среднего возраста.

Многие альтернативные агенты используют идеи, которые нельзя отнести к конвенциональной медицине. Это продавцы согревающих матов, в которых температура такая высокая, что «так прижигает все болячки, всех паразитов, даже рак не заведется»; массажисты-надомники, которые сопровождают манипуляции руками «не заговорами, но точнее сказать молитвами»; «гастролеры»-психотерапевты, раз в месяц приезжающие в небольшие города провести «кодирование» алкоголиков в местном доме культуры; деревенские целители, прошедшие самообучение по «Вестнику ЗОЖ**» и книгам авторов «систем оздоровления организма», и многие другие. Иногда их идеи и методы откровенно противоречат базовым естественнонаучным знаниям. То, что такие агенты находят своих

...молодая врач-невролог из небольшого города специально ездила в деревню к местному костоправу, популярному в округе, чтобы призвать его не братья хотя бы за сложные случаи.

* Исследовательский проект под названием «Экономика «неформального здравоохранения» в современной России» был реализован в 2013—2014 гг. на базе лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ и Пермского кампуса НИУ ВШЭ при финансовой поддержке фонда «Хамовники». Основные его результаты опубликованы в монографии «Неформальное здравоохранение. Социографические очерки» (М.: Страна Оз, 2016).

** ЗОЖ — Здоровый образ жизни, эта аббревиатура все чаще используется для обозначения некоторых «неформальных практик». «Вестник ЗОЖ» — самая большая по тиражу газета России.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Летом 2016 г. мне довелось познакомиться с автором этой публикации — экспертом лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ Юлией Крашенинниковой. Мы с ней участвовали в публичной дискуссии по альтернативному здравоохранению в стране. Поначалу я было решил, что она отстаивает все то, против чего восстает мое медицинское самосознание. Юлия принесла и раздала книгу со странным названием, из которого не явствовало отношение автора к проблеме. Обращаю на это особое внимание, так как в книге подробно описывается ее позиция: беспристрастного наблюдения и анализа. И это оказывается очень важно, так как иначе понять истоки мракобесия не представляется возможным. Книгу прочел быстро, на меня она произвела огромное впечатление своей обыденностью и масштабностью изученных проблем. Хотя я попросил Юлию написать небольшую заметку, думаю, разговор будет продолжен. Ибо тема острая и становится со временем все острее. А делать что-то надо. Считайте эту статью приглашением к разговору.

Главный редактор П. Воробьев

Юлия Крашенинникова

О некоторых причинах успеха агентов «неформального здравоохранения»



постоянных клиентов и покупателей в современной России, принято считать проявлением архаики общественного сознания, связывать с безграмотностью и инфантильностью обывателей. На мой взгляд, ситуация не так проста как кажется, и простой схемой «предприимчивые мошенники — неграмотные граждане» ее невозможно описать.

Дело в том, что для обычного человека, неспециалиста, главным критерием выбора способа лечения и шире, поддержания здоровья, служит не его научное объяснение, а практические свидетельства лиц, которым он доверяет, которых он считает экспертами. Как не всякий врач может получить его доверие, точно так же он может полагаться на мнение другого человека или института, авторитетного лично для него.

В этом смысле примечательно бесперебойное функционирование в современной России института свидетельствования о чудесах, дарованных православным верующим в момент поклонения святыням.

...примечательно бесперебойное функционирование в современной России института свидетельствования о чудесах, дарованных православным верующим в момент поклонения святыням.

Монастыри собирают рассказы паломников о решении житейских проблем, в том числе — проблем со здоровьем, при посещении храма с мощами святых. Например, на сайте Покровского монастыря паломники благодарят святую Матрону Московскую за то, что она «исцелила от вегетососудистой дистонии и сердечной недостаточности», «исцелила ребенка от менингита», «помогла выйти замуж и купить жилье, излечила от гнойных нарывов, от эрозии» и т. д. В одном из обследованных мной монастырей свидетельства фиксируются от руки в обычной бухгалтерской книге: истории об отказе от пьянства у родственников, об ушедшей головной боли, ломоте в суставах и спине. Такие рассказы очень напоминают по стилистике письма в газету «Вестник ЗОЖ», где читатели делятся собственным опытом борьбы с заболеваниями. Они вряд ли прошли бы проверку строгой логики или медицинскую экспертизу, но тем не менее становятся частью личного опыта, которым люди делятся со знакомыми, с другими верующими, укрепляя их убеждение в целебной силе артефактов. Чем больше свидетельств, тем убедительнее целебная сила и тем больше людей находят в предмете поклонения помощь в исцелении.

Мимикрия под здравоохранение

Сама граница между официальным здравоохранением и неформальными практиками размыта. Среди неконвенциональных практик есть пограничные, которые не кажутся чем-то экстраординарным прежде всего потому, что они применяются медиками-профессионалами и ранее лицензировались как «методы традиционной медицины». Так, в прейскурантах платных услуг обычной поликлиники может фигурировать прием врача-гомеопата, хотя такой медицинской специальности нет. Нечеткость границ для непрофессионала также связана с мимикрией альтернативных агентов. Для иллюстрации приведу 3 примера медиализации деятельности, которая к формально-легальной медицинской или фармацевтической деятельности не имеет отношения, но широко распространена в стране.

Нечеткость границ для непрофессионала также связана с мимикрией альтернативных агентов. Для иллюстрации приведу 3 примера медиализации деятельности, которая к формально-легальной медицинской или фармацевтической деятельности не имеет отношения, но широко распространена в стране.

ИнтерНьюс

В Мексике родился первый ребенок от трех родителей

В Мексике родился первый ребенок, зачатый с помощью генетического материала трех родителей. Эта методика помогает людям с опасными генетическими мутациями иметь здоровых детей. Как стало известно, в 2015 году в Мексике американские ученые успешно провели уникальную операцию по искусственному оплодотворению.

У матери новорожденного мальчика был синдром Лея, который негативно влияет на развитие нервной системы плода. Мутации, отвечающие за возникновение болезни, локализованы в ДНК митохондрий. Митохондриальная ДНК передается детям от матери независимо от ядерной ДНК, находящейся в ядрах клеток и которую мы получаем в наследство от обоих родителей. Около четверти митохондрий этой женщины несли дефектные гены. До этой беременности из-за синдрома Лея у нее уже погибли двое детей. Супруги обратились за помощью к доктору Джону Чжану и его команде в нью-йоркском центре лечения бесплодия *New Hope*.

Доктор Чжан работает над митохондриальными заболеваниями с помощью метода «трех родителей». Существуют несколько вариантов этого метода. Первый заключается в том, что две яйцеклетки, материнская и донорская, оплодотворяются сперматозоидами отца. Затем, прежде чем оплодотворенные клетки начнут делиться, ядро яйцеклетки донора заменяется ядром из оплодотворенной яйцеклетки матери. Эмбрион получает ядерную ДНК родителей и митохондриальную ДНК донора. Ученые полагают, что данный метод позволяет избежать влияния мутаций митохондриальной ДНК со стороны матери.

Однако супружеская пара отказалась от этого метода из-за своих религиозных убеждений. Тогда доктор Чжан использовал другой подход: он выделил ядро из яйцеклетки матери, перенес его в яйцеклетку донора, а затем оплодотворил полученную яйцеклетку сперматозоидами отца. Команда Чжана смогла получить 5 эмбрионов, но только один из них развивался нормально, его и поместили в матку пациентки. Через 9 месяцев родился ребенок.

Когда Чжан и его коллеги протестировали митохондрии родившегося мальчика, они обнаружили, что количество митохондрий с мутациями ДНК составляет менее 1% от их общего числа. Доктор считает, что этого недостаточно для возникновения проблем. Критическая точка, когда можно бить тревогу, — это 18% митохондрий с мутациями ДНК. Команда специалистов будет следить за состоянием ребенка, чтобы убедиться, что мутации останутся на низком уровне.

Этот метод не одобрен в США, поэтому Чжан с командой выехал для проведения операции в Мексику. Он уверен, что поступил правильно. «Наше дело — спасти жизни», — говорит он.

Вопрос об этичности и безопасности метода «трех родителей» остается открытым. В последний раз, когда эмбриологи пытались создать ребенка с использованием ДНК 3 человек, в девяностых годах XX века, у некоторых детей стали проявляться генетические нарушения, поэтому метод был запрещен.

<http://www.vademec.ru/news/2016/09/28/rodilsya-pervyy-rebenok-s-pomoshchyu-metoda-trekh-roditeley/>

Пациент со множественными ожогами получил новое лицо

Пациентом врачей ожогового центра Краевой клинической больницы № 1 (г. Краснодар) стал двадцатилетний юноша, лицо которого было обезображено ожогом, полученным в детстве. Он практически не выходил из дома и страдал тяжелой депрессией, а медики не могли предложить ему никакого эффективного лечения, кроме цикла многоступенчатых пластических операций, которые могли и не привести к желаемому результату. Кубанские медики применили новую методику закрытия множественных ожоговых рубцов. Сергей Богданов, руководитель ожогового центра, предложил закрывать многочисленные ожоговые рубцы не отдельными фрагментами тканей, а цельным куском кожи, взятым с живота мужчины. Операция заняла 13 часов. Врачи считают, что она прошла успешно, впрочем, об окончательном результате говорить преждевременно. Но пациент и его родные довольны, утверждая, что кубанские врачи «совершили невероятное».

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2016/09/12/564facel>

Начало на стр. 1 ↗

1) «Компьютерная диагностика всего организма» представляет собой имитационную форму удовлетворения запроса населения на высокотехнологичную диагностику.

Ее типичные черты: универсальность, относительная дешевизна и удобство для клиента (за полчаса обследуют все системы и органы по стоимости одного УЗИ); использование мобильных аппаратных комплексов, подключенных к компьютеру и зарегистрированных в качестве медицинской техники; опора на методы, использование которых до 2012 г. лицензировалось в рамках деятельности по применению методов традиционной медицины (диагностика по Фоллю и т. п.). Обязателен медицинский антураж: пациента принимают специалисты в белых халатах, они дают врачебные заключения и ставят диагнозы.

Такую диагностику проводят участники сетевого маркетинга, распространяющие пищевые добавки и портативные «лечебные» устройства, а также предприниматели, которые продажей товаров не занимаются. Для первых диагностика, в первую очередь маркетинговый прием, и ее стоимость занимают лишь небольшую часть трат пациента. Например, обследование может стоить 2000 руб., а последующий курс приема БАД*** — 12 тыс. руб. Вторые отрабатывают стоимость аппаратуры, которая может достигать внушительных сумм (до \$3000 и более), практикуя регулярные «гастроли» в средние и малые города на 1–2 дня. И те, и другие стараются привлекать настоящих медиков для проведения процедуры.

2) «Демонстрационные залы массажного оборудования». Компании сетевого маркетинга подменяют здравоохранение не только за счет своей диагностики, они создают и собственную лечебную инфраструктуру в населенных пунктах, даже небольших. При продажах дорогостоящих устройств наружного применения распространен формат «оздоровительных сеансов», в ходе которых любой посетитель бесплатно или за небольшую плату (50–100 руб.) использует это оборудование. Для местных жителей, в основном пожилых людей, такие залы становятся местом регулярного посещения. То есть посетители рассматривают такие залы не как рекламную площадку, а как непосредственную замену физиотерапевтического кабинета в обычной поликлинике.

3) Православная кустарная «фармацевтика». Целебные мази, ароматические масла, бальзамы, настои и сборы лекарственных трав — дорогой товар в церковных лавках и особенно — на выездных православных выставках-ярмарках. При продаже такие снадобья презентуются как продукты монастырского производства и средства народной медицины. К ним прилагаются инструкции по применению, выдержанные в медицинской стилистике, с разделами «показания», «противопоказания», перечнями болезней и т. д. Такая продукция освящена, но полностью исключена из государственной системы контроля качества и безопасности. На нее нет сертификатов и санитарных заключений, обычно не указан состав и даже производитель, однако она продается и покупается как лечебная.

Имитация научного знания

Другой важный момент — непрофессионал порой просто не может отличить научное медицинское знание от лженауки, потому что он ориентируется на внешние атрибуты — ученые звания, диссертации, патенты, особенно если где-то в документах фигурируют слова «Министерство здравоохранения РФ».

*** БАД — биологически активные добавки — продукты, мимикрирующие под лекарства.

...граница между официальным здравоохранением и неформальными практиками размыта.



Возьмем российский рынок устройств с сомнительными лечебными свойствами (от очков Панкова и аппарата Кузнецова до аппаратов энергоинформационной защиты и гемосканирования). В большинстве случаев научное обоснование и доказа-

...в преискурантах платных услуг обычной поликлиники может фигурировать прием врача-гомеопата, хотя такой медицинской специальности нет.

тельство эффективности методики обеспечивают замкнутый круг интеллектуальных продуктов автора-разработчика и его родственников или последователей (патент на изобретение, диссертация, выступления на конференциях, организованных при их участии, статьи и книги).

Такие разработки уязвимы для внешней независимой критики. Однако общее устройство науки в России как социального института и положение ее в обществе таковы, что механизмы внутренней чистки академического сообщества от псевдонаучных концепций и лжеученых часто не срабатывают. Структуры для отсеивания недобросовестных исследований и ошибочных теорий (диссертационные советы, редакции научных журналов и др.) свою функцию выполняют далеко не всегда. Это происходит в медицине как и в других научных областях.

Наконец, сложный и шепетильный вопрос — участие самих медицинских профессионалов в практиках «неформального здравоохранения» не по убеждению, не из-за разочарования в биомедицине, а исключительно в коммерческих целях: распространение БАД на работе, публикации статей в газетах, где также пропагандируются альтернативные методики, проведение псевдодиагностики, сдача помещений поликлиник в аренду «гастролемам» и т. д. Все это происходит в том числе из-за терпимого отношения профессионального сообщества. Например, во время интервью с врачами мы часто слышали мнение, что сами они такой теневой коммерцией, конечно, не занимаются, но понимают и не осуждают тех коллег, кто это делает «из-за нищенских зарплат».

...непрофессионал порой просто не может отличить научное медицинское знание от лженауки, потому что он ориентируется на внешние атрибуты...

Итак, следует ли считать стратегию самоустранения от вмешательства в сферу деятельности альтернативных агентов эффективной для врачебного сообще-

ства? На мой взгляд, нет, поскольку в итоге общество судит о работе системы здравоохранения по показателям состояния здоровья населения, на которые влияет не только врач.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ

1 февраля 2016 г.

Председатель: профессор Зайцев А.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад:

*1. Дугин Д.Н., к. м. н.,
научный сотрудник лаборатории оценки
и стандартизации медицинских технологий
ФМБА России*

«Оценка лекарственных технологий лечения гриппа и других респираторных инфекций»

Актуальность оценки эффективности применения противовирусных препаратов обусловлена социальной значимостью гриппа, его высокой контагиозностью, распространенностью во всех группах населения и риском развития осложнений и летального исхода. Согласно ГОСТ, проводилась оценка медицинской технологии лечения гриппа и ОРВИ. Целью проведения данной оценки являются внедрение эффективных методик и исключение из практики методик, не показавших свою эффективность, а также методик, несущих опасность для здоровья.

В рамках оценки проводился критический анализ имеющихся публикаций. Объектом оценки исследования стало пероральное применение препаратов Анаферон, Арбидол, Ингавирин и Кагоцел для лечения и профилактики гриппа и других острых респираторно-вирусных инфекций. Оценивались конечные точки: длительность и исходы заболеваний для лечения и уровень заболеваемости — для профилактики. Доказательность при оценке медицинской технологии согласно ГОСТу наиболее достоверна при уровне А и В.

Все указанные препараты зарегистрированы только в России. В США и странах ЕС данные препараты не регистрировались. Только Арбидол и Кагоцел упоминаются в некоторых отечественных стандартах и клинических рекомендациях.

По Анаферону зарегистрировано 5 публикаций с уровнем доказательности С. Эффективность Анаферона не подтверждена. Заявленная доза активного вещества в нем не поддается изменению современными методами (не более 10^{-15} нг/г) — это гомеопатическое средство. При этом препарат официально относится к группе иммуномодулирующих и противовирусных средств.

По Арбидолу было найдено 26 публикаций, 9 из них оказались недоступны, в том числе, один мета-анализ, который относится к уровню доказательности А. Два исследования были исключены из оценки в связи с несоответствием дизайна и этичности международным стандартам: исследования были проведены на военных и для широкой публики результаты недоступны. Одно из исследований имело уровень доказательности В, остальные — С. Арбидол не является препаратом, разрешенным в США и ЕС, при этом рекомендован для лечения гриппа и ОРВИ в РФ. Исследования приемлемого уровня дают противоречивые результаты по данному препарату в отношении облегчения течения гриппа в 1-е 2—3 суток от начала терапии. Арбидол проходил исследования на токсичность на культурах клеток и на животных. Данный препарат имеет низкую частоту побочных эффектов, но противопоказания в инструкциях к разным его формам не согласованы.

По Ингавирину — одно исследование уровня В и 7 — С. Несмотря на то что Ингавирин упоминается в рекомендациях российского «Национального научного общества инфекционистов» среди основных препаратов для лечения гриппа, эффективность его не доказана. В разных исследованиях совпадают до тысячных результаты. Возможно, препарат эффективен для профилактики ОРВИ при 7-дневном курсе (уровень доказательности В), но подтверждения его эффективности для лечения ОРВИ не доказана. При оценке безопасности данных препаратов исследований по препаратам Анаферон и Ингавирин оказалось, что исследований показателей фармакокинетики и фармакодинамики не проводилось.

Кагоцел находится во втором месте по количеству публикаций с уровнем доказательности С. Кагоцел представляет собой полифенол госсипола, ковалентно соединенный с карбоксиметилцеллюлозой. В исследованиях препарата Кагоцел побочных эффектов и нежелательных явлений зарегистрировано не было, что настораживает, поскольку, как правило, такие явления обнаруживаются даже в группе плацебо. При изучении активного вещества госсипола было выявлено, что на фоне его приема отмечается угнетение сперматогенеза, при этом в 20% случаев влияние это необратимо. В 1998 г. исследовательская группа ВОЗ пришла к выводу, что риск от применения госсипола как контрацептива превышает пользу, в связи с чем его применение было запрещено. В инструкции к Кагоцелу отсутствуют данные относительно его метаболизма, но концентрация госсипола для пациентов весом менее 74 кг может оказаться антифертильной.

В рекомендациях российского «Национального научного общества инфекционистов» для лечения и профилактики гриппа присутствует препарат Кагоцел, уровень доказательности 2+. Однако, эффективность его для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ не подтверждена, при том, что и безопасность не доказана.

Профессор Воробьев П.А. затронул важный вопрос об испытании лекарственных препаратов на военнослужащих. По закону это запрещено, но препараты проходили исследования давно, когда это было разрешено и на пациентах-военных. Поэтому ценность этих исследований снижается до нуля. Есть ряд противоречий в существующем законодательстве. К примеру, исследования на детях официально запрещены, и 70—80% применяемых в педиатрической практике препаратов не разрешены для применения у детей. Имеется также письмо с угрозами, подписанное руководством компании, производящей Кагоцел, обращенное к врачам и запрещающее любое упоминание о его сперматотоксичности.

Доклад:

*2. Волчкова Е.В., д. м. н., профессор,
кафедра инфекционных болезней
медико-профилактический факультет
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова*

«Патогенез гриппа. От правильного понимания — к эффективному лечению»

С января 2016 г. начался рост заболеваемости гриппом и ажиотажный спрос на противогриппозные препараты, стимулированный СМИ. Наибольшая летальность и заболеваемость в случае сезонного гриппа встречаются в старшей возрастной группе. При этом 90% смертей связано с нарушением дыхания или кровообращения. При пандемическом гриппе смертность среди пациентов старше 65 лет наоборот низкая. К грозным осложнениям сезонного гриппа относятся инфекции нижних дыхательных путей, бактериальные инфекции ЛОР-органов, неврологические осложнения (менингиты, энцефалиты, невриты, синдром Гийена—Барре и др.), а также обострения сопутствующих хронических заболеваний. Выделены факторы снижения летальности во время пандемии рН1N1. К ним относятся: раннее применение противовирусных препаратов, своевременное назначение антибиотиков, эффективная социальная стратегия — закрытие школ, ограничение миграции населения и эффективная противопандемическая вакцинация (стартовала через 6 месяцев после объявления пандемии). Этиотропные препараты при гриппе при профилактическом применении снижают заболеваемость, сокращают длительность заболевания, уменьшают симптомы инфекции, сокращают период выделения вируса и его репродукции в носоглотке, а также снижают количество летальных случаев, осложнений, пневмоний. ВОЗ ставит задачи снижения пневмоний после гриппозной инфекции как одну из первоочередных. В 2012 г. FDA потребовала предоставить дополнительные экспериментальные и клинические данные по эффективности снижения числа осложнений для Тамифлю (озельтамивир). ВОЗ призывает сосредоточить максимум усилий на получении экспериментальных и клинических доказательств эффективности противовирусных препаратов на число осложнений, в частности, пневмоний, после гриппа. Повышение частоты развития осложнений связано с повышением тропности штаммов последних лет к нижним дыхательным путям. Вирус способен

взаимодействовать только с клетками, имеющими гемагглютининовые рецепторы. Таким образом, так называемого «кишечного гриппа» в природе не существует, ведь гемагглютининовых рецепторов в кишечнике нет. К сожалению, многие препараты, ранее показывавшие свою эффективность, в настоящий момент бессильны против новых штаммов. К примеру, все существующие сейчас штаммы гриппа устойчивы к воздействию Ремантадина.

Важнейшим вопросом является правильная постановка диагноза гриппа. К диагностическим критериям относятся: длительность инкубационного периода — от нескольких часов до 7 суток, острое начало, выраженный синдром интоксикации, респираторный синдром (1—2 дни — «сухой катар», 2—4 дни — слизистые выделения из носа, кашель с мокротой), а также геморрагический синдром — мокрота с прожилками крови. Характерна преимущественная заболеваемость лиц молодого и среднего возраста, частота тяжелых форм гриппа у беременных и лиц с избыточной массой тела. Начало заболевания может характеризоваться непродуктивным приступообразным кашлем. Чем выше температура, тем быстрее вырабатывается собственный гамма-интерферон. Выше 39°C запускаются процессы разрушения. Таким образом, снижение температуры в этих пределах не оправдано.

Противовирусная терапия целесообразна в первые 1—2 дня заболевания. К 5-му дню вирус гриппа инактивируется организмом. В настоящий момент выделяют три вида течения гриппозной инфекции: легкое, прогрессирующее и тяжелое заболевание — в зависимости от выраженности нарушения дыхания и изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. Наиболее пристальное внимание со стороны врачей первичного звена должно быть обращено на вторую группу пациентов, особенно на 3-й день заболевания.

По рекомендациям ВОЗ противовирусная терапия (ПВТ) должна назначаться как можно раньше, без лабораторной верификации диагноза. На этом фоне снижается риск развития осложнений и облегчается течение заболевания, даже при позднем начале приема у пациентов с тяжелыми формами и осложненным течением. Этиотропные препараты, напрямую блокирующие репликацию вируса, по требованиям ВОЗ, должны оказывать прямое действие на размножение вируса (in vitro), иметь определенную молекулярную мишень в цикле репродукции вируса, а также подавлять репродукцию вируса в организме — in vivo.

На данный момент доказана эффективность действия следующих препаратов: ингибитор входа — Умифеновир (Арбидол), ингибитор выхода из эндосомы — Адамантаны (Ремантадин) и ингибитор выхода из клетки — Осельтамивир (Тамифлю). Системным препаратом является только Осельтамивир. Арбидол — один из наиболее спорных препаратов. Данные, полученные in vitro, воспроизведены в зарубежных лабораториях и подтверждены in vivo, его эффективность доказана в рандомизированных двойных слепых клинических исследованиях, результаты которых опубликованы в авторитетных зарубежных изданиях и включены в Кохрановскую базу данных (Cochrane Central Register of Controlled Trials, 2008, выпуск 3). В настоящий момент препарат (МНН — умифеновир) проходит двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое, многоцентровое клиническое исследование по изучению безопасности и эффективности при лечении и профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) — АРБИТР. В лабораторных исследованиях была показана широкая противовирусная активность препарата. Существуют ограничения препаратов для детей в возрасте до года. Негативного воздействия на пациентов с аутоиммунными заболеваниями у Осельтамивира не отмечено, рекомендовано даже его профилактическое применение у данной группы пациентов. Назначение антибиотиков целесообразно при наличии продуктивного кашля и аускультативных признаков пневмонии. Назначение двух и более противовирусных препаратов одновременно должно осуществляться исключительно по показаниям, во избежание развития у вирусов резистентности.

Вопрос: Применяется ли плазмаферез у пациентов с дистресс-синдромом взрослых?

Ответ: Проводится данная процедура исключительно по показаниям.

ИнтерНьюс

Сверхбыстрый алгоритм для создания лекарств

Новый метод анализа белковых взаимодействий поможет в десятки раз ускорить исследования в биохимии и биомедицине. Разработка метода проводилась международной командой специалистов из России, США и Франции. Профессор университета Иннополис Ярослав Холодов изобрел сверхбыстрый алгоритм моделирования белковых взаимодействий, который может проводить вычисления параллельно. Это поможет отказаться от дорогостоящих лабораторных экспериментов и полностью перейти на компьютерное моделирование. На разработку алгоритма ушло более двух лет, а использовать его можно для увеличения скорости разработки лекарств, он также поможет разобраться в процессах в живых организмах. Алгоритм также позволяет анализировать действия вирусов или, например, что происходит внутри растений. На разработку нового метода ученых подтолкнула необходимость решения двух важных задач. Во-первых — найти возможность быстрее доставлять лекарство до опухолевых клеток. Дело в том, что при лечении опухолевых заболеваний лекарства воздействуют не только на опухолевые клетки, но и на здоровые, что пагубно сказывается на организме. Лекарство при доставке в организм начинает взаимодействовать с белками. В живом организме в клетке происходят сотни тысяч белковых взаимодействий. Для того чтобы понять, как создать новое лекарство и доставить его до необходимых белков, ученые и изучают взаимодействия одного белка с другим и характер этих взаимодействий. Для этих целей используются лабораторные исследования. Но на сегодняшний день это дорогостоящие мероприятия, небольшие группы ученых зачастую просто не могут себе этого позволить. Поэтому изобретатели поставили перед собой вторую цель: увеличить скорость вычислений и при этом снизить затраты на исследование. Существующие сейчас программы не могут выполнять параллельное моделирование, они только могут проводить последовательный мониторинг конфигураций независимо друг от друга. Поэтому до сих пор исследование занимало несколько дней, что требовало больших мощностей суперкомпьютеров. А с помощью нового алгоритма такое же исследование займет до 15 минут. Кроме того, новый алгоритм благодаря параллельным вычислениям позволяет находить дополнительные взаимосвязанные функции взаимодействий разных белков. Руководитель лаборатории «Структурная биоинформатика» университета ИТМО Юрий Порозов рассказал, что новый алгоритм позволит на порядок расширить область поиска взаимодействующих молекул и решить три взаимосвязанные задачи, которые сейчас стоят перед учеными: как расширить ландшафт, как ускорить перебор вариантов и как повысить точность предсказания. Он отметил, что алгоритм позволит приблизиться к изобретению лекарства от рака, кроме того, есть огромное количество не менее серьезных болезней, которые также требуют внимания.

<http://izvestia.ru/news/625493>

В США разработали съедобные батарейки для пациентов

Свою разработку — нетоксичные съедобные батарейки — исследователи из университета Карнеги-Меллона (Carnegie Mellon University) представили на заседании Американского химического общества. По мнению авторов, разлагаемые аккумуляторы из биоматериалов могли бы в будущем свести к минимуму вред от медицинских устройств, предназначенных для проглатывания. Пока мощностные созданных батареек из меланина может хватить для маломощных устройств, к примеру, для локальной доставки лекарств или обследования кишечника. По словам разработчиков, меланиновые батарейки, содержащие 600 мг пигмента, могут питать устройство мощностью 5 милливатт в течение 18 часов, а потом раствориться в организме. Кроме меланина, в состав батареек входят также другие биосовместимые материалы — оксид марганца, медь и железо. Параллельно с меланином команда ученых также создает батарейки из других биоматериалов — пектина, растительных соединений, используемых в качестве гелирующего агента в джемах. Затем они планируют взяться за разработку безопасной оболочки для самой батарейки.

<http://doctopiter.ru/articles/15067/>

Начало на стр. 3 ↗

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ

16 мая 2016 г.

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад:

1. *Вовк Е.И., к. м. н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи, врач клинической фармаколог МГМСУ им. А.И. Евдокимова*

**«Современная терапия остеоартрита:
лечим боль или болезнь»**

Примерно год назад вышли результаты очень большого эпидемиологического исследования, которое изучает патоморфоз итогов, эпидемиологическую ситуацию в индустриальных странах. Согласно этим данным, за последние 10 лет насчитывается около 50% нетрудоспособности-инвалидности по 3 позициям, это костно-мышечные синдромы (боль в пояснице/шее, артрит); психические расстройства (депрессия, тревожность); заболевания вследствие злоупотребления алкоголем. Позиция на сегодняшний день мировых центров по лечению остеоартрита такова: людей, болеющих остеоартритом много; это самое частое заболевание суставов и почти 80% это люди пожилого возраста.

Остеоартрит приводит к прогрессирующей дистрофии и дегенерации хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и околоуставных мышц. Это хроническая боль, которая ограничивает жизнь человека, нарушает его двигательную активность и увеличивает летальность. Остеоартрит может возникать вследствие различных причин, это дисплазия сустава, наследственность, травмы, интенсивные спортивные нагрузки, ожирение, сахарный диабет, остеопороз, инфекции, дефицит витамина D, значимая ишемия нижних конечностей и другие причины.

Современная стратегия лечения остеоартрита — это обезболивание, коррекция функциональной недостаточности суставов, замедление прогрессирования заболевания, улучшение качества жизни. Боль — это основной симптом ОА, она прогрессирует быстрее, чем макроскопические нарушения структуры сустава. Эластический хрящ не имеет сосудов, не имеет нервных окончаний, это матрикс из протеогликанов. Собственно говоря, это та подушка, которая амортизирует нагрузку на субхондральную кость. Чем больше нагрузка, тем толще, плотнее хрящ, в этом и суть эволюции. В этот матрикс погружены коллагеновые волокна и клетки, которые этот матрикс и вырабатывают, это фибробласты. Вот эта способность клеток реагировать на увеличение нагрузки увеличением секреции основных протеогликанов. Работоспособность и регенерация хряща зависят от трех факторов — это подвижность и гармоничная физическая нагрузка; хорошее кровообращение в периартикулярных тканях и полноценное питание.

При остеоартрите применяется длительная терапия глюкозамин, это 4—6 месяцев. Данная терапия показала свою эффективность по ощущениям, по сохранению объема движения. Приблизительно такую же эффективность показала терапия хондроитином. Также было много работ, которые показали, что глюкозамин и хондроитин вместе принимать выгоднее, так как эффекты во многом складываются и терапия приводит не только к обезболиванию, но и к замедлению потери хряща. Если мы назначаем терапию этими двумя хондропротекторами, даже человеку, который постоянно принимает НПВП, то эти хондропротекторы не только у этих пациентов показывают лучший эффект, но и защищают от негативных последствий. Нестероидные противовоспалительные препараты плохо влияют на сустав.

Общая картина фармакотерапии остеоартрита выглядит следующим образом. Сначала назначают парацетамол, если он не помогает, то используют НПВП (сначала местно), не помогает, то НПВП внутрь после оценки коморбидного статуса. На данном этапе абсолютно всем пациентам нужны 2 хондропротектора, потому что они обладают сами обезболивающим действием и скрашивают побочные эффекты НПВП. Если данная терапия не сработала, то можно назначить опиоидные анальгетики с парацетамолом или без него пациентам, которым противопоказаны НПВП.

Доклад:

2. *Буеверов А.О., д. м. н., профессор, старший научный сотрудник кафедры медико-социальной экспертизы и поликлинической терапии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова*

**«Современные аспекты фармакотерапии
в клинике внутренних болезней»**

Распространенность синдрома раздраженной кишки (СРК) среди населения составляет 10—20%. В основном это пациенты трудоспособного возраста от 20 до 40 лет. Прямые и непрямые социальные расходы, связанные с СРК сравнимы с расходами, связанные с вирусом гриппа. В среднем продолжительность СРК по данным исследований составляет 5—13 лет. У женщин СРК встречается существенно

чаще, где-то в 2,5 раза, пик заболевания приходится на достаточно молодой возраст (от 25 до 45 лет). У мужчин иная ситуация, заболевание встречается реже.

Существуют факторы, ассоциированные с СРК, это пол, стресс, возраст, генетические факторы, желудочно-кишечные инфекции. Надо понимать, что внешние факторы, в виде повышенной тревожности, латентно протекающих психических расстройств, они действуют вместе. И когда данные факторы наслаиваются друг на друга, то мы сталкиваемся с развитием функционального заболевания кишечника.

Теорий развития синдрома раздраженной кишки много, но основная теория рассматривает СРК как биопсихосоциальное заболевание, подразумевая, что есть биологические компоненты в виде генетической предрасположенности; психологические компоненты в виде личностных особенностей пациента и социальные компоненты в виде острых или хронических стрессовых ситуаций. Согласно данной теории, абдоминальная боль как ключевой синдром функционального заболевания кишечника имеет в своей основе нарушение моторики в сочетании с гиперчувствительностью и избыточное количество газов.

С клинической точки зрения, классификация СРК делится на следующие варианты: с преобладанием диареи; с преобладанием запора; с преобладанием боли и метеоризма; смешанный вариант. Как все функциональные заболевания СРК — это диагноз исключения. Чем старше пациент, тем больше нужно обращать внимание на «симптомы тревоги», это кровь в кале; лихорадка; анорексия; потеря массы тела; первое обращение после 50 лет; усиление жалоб после 50 лет; патологические изменения объективного статуса, лабораторных показателей, инструментальных исследований; колоректальный рак и рак пищеварительной системы другой локализации у родственников.

Пациенты с СРК боль описывают по-разному: от неприятных ощущений и ноющих болей до нестерпимых, схваткообразных болей без четкой локализации — колики, возникающих без видимых причин или связанных с приемом пищи, стрессом, физической нагрузкой, дефекацией. Абдоминальный дискомфорт или боль в животе в течение 3 дней каждого месяца за последние 3 месяца в сочетании с 2 из следующих 3 признаков: купирующиеся после акта дефекации, или ассоциирующиеся с изменением частоты стула, или ассоциирующиеся с изменением формы кала.

Лечение заболевания синдрома раздраженной кишки начинается с беседы с пациентом, потом, когда мы объясняем сущность болезни с учетом его интеллектуального, профессионального уровня, с учетом его начитанности и информированности, мы даем рекомендации по изменению образа жизни, и далее проводится медикаментозное или немедикаментозное лечение. Выбор программы лечения зависит от ведущего симптома тяжести течения СРК, а успех определяют квалификация и авторитет врача. Программы включают диету, лечение абдоминальной боли, лечение диареи, лечение запоров, психологическую помощь, антидепрессанты или нейрорепетики. Если у пациента доминирует диарея, то существует препарат Лоперамид, но его нужно тщательно дозировать. Рифаксимин, антибактериальный препарат, у пациентов с постинфекционным СРК нередко приводит к облегчению, иногда даже к купированию симптоматики. Может применяться Смектит, но у него не очень удобная схема приема. В отношении пробиотиков данные очень разные, примерно одинаковое существует количество работ, доказывающее эффективность и неэффективность пробиотиков. В отношении запора помним, что начинаем всегда с диетических рекомендаций, с добавления пищевых волокон, приема достаточного количества жидкости и постепенно увеличиваем силу действия слабительных препаратов, стараясь остановиться на наиболее безопасных. В отношении абдоминальной боли начинается терапия со спазмолитиков, и какой наиболее эффективный, сказать очень сложно.

Относительно недавно появился на российском рынке препарат Иберогаст, состоящий из экстрактов 9 растений. У препарата есть спазмолитическое действие; действие в отношении нормализации транзита; уменьшение возбудимости нервных волокон, что приводит к уменьшению боли; ветрогонное действие и противовоспалительное, обезболивающее действие. Оценка безопасности препарата проводилась в плацебо-контролируемом исследовании у 208 пациентов с СРК, 94 % пациентов отметили переносимость Иберогаста как «хорошую» или «очень хорошую», при отсутствии значимых изменений лабораторных параметров.

Вопрос: Каково количество данного заболевания среди прочих болезней?

Ответ: Неинфекционная эпидемиология завывает нередко распространенность, говорят 10—20% от общей популяции при этом до 70% это латентные формы, с которыми к врачам не обращаются.

Вопрос: Это не заменяет диагноза дисбактериоза?

Ответ: Я считаю, что диагноз дисбактериоза надо запретить законодательно, его нет к МКБ 10, поэтому на этом можно закрыть вопрос.

Вопрос: То, что часто врачи называют дисбактериозом, не является ли это функциональными нарушениями?

Ответ: Да, скорее всего так оно и есть. Я не противник изучения микрофлоры в кишке, это очень интересная проблема. Просто нельзя это делать примитивно. У меня понимание, что в будущем эти функциональные заболевания кишечника будут разбиты на группы по конкретным патогенетическим механизмам.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ХРОНИКИ

К большому сожалению, наши сведения об этом ученом фрагментарны, утрачен его портрет, отсутствует дата смерти...

Родился Алексей Михайлович в 1793 году. Поступил в Санкт-Петербургскую Медико-хирургическую (Военно-медицинскую) академию. Во время обучения проявил особое рвение, выполнял обязанности клинического ординатора академической терапевтической клиники. За это был награжден премией распоряжением министра народного просвещения.

Первая российская книга по стоматологии

1829-й год отмечен особым событием в истории отечественной стоматологии. В этот год с одобрения Медико-хирургической академии увидела свет первая российская книга по зубопротезированию. Ее автором был Алексей Михайлович Соболев.

После окончания академии в 1816 году Алексей Михайлович был назначен врачом в лейб-гвардии саперный батальон.

В 1819 году ему было присвоено звание штаб-лекаря. После пятилетней службы в военных частях Соболев был переведен на госпитальную работу. Трудился в Санкт-Петербургском артиллерийском госпитале и Красносельском.

Позднее Соболев работал врачом Лужского лазарета без жалованья, затем зачислен на должность санитарного врача. Еще 21 год он служил на должности рядового врача и в 1854 году ушел в отставку.

Именно во время работы в петербургских госпиталях Алексеем Михайловичем была подготовлена книга «Дентистика, или зубное искусство о лечении зубных болезней с приложением детской гигиены». Она знаменовала новый этап в истории отечественной стоматологии. «Дентистика» стала своеобразной энциклопедией знаний и практики зубопротезирования того времени. В ней представлены все разделы зубопротезирования: терапия, хирургия, ортопедия и ортодонтия, профилактика заболеваний зубов.

В предисловии к книге А.М. Соболев пишет, что дентистика — это один из разделов медицины, наука, тесно связанная с другими медицинскими дисциплинами и подчиненная тем же законам развития. В ее задачу входят профилактика и лечение заболеваний зубов и полости рта.

Книга Соболева состоит из двух частей. Первая часть — «Дентистика», включающая 25 разделов. Красноречивы сами определения их: «анатомическое описание зубов; разделение зубов; существо зубов; финифть зубов; о пользе зубов в жизни человека; о болезнях зубов вообще; о причинах болезни зубов; простуда зубов; нечистота зубов; зубной камень; шаткость зубов; костоедица зубов; зубная боль; флюс; наросты на деснах; ноздреватость десен; десневые свищи; неправильное прорезывание зубов; извлечение зубов; случаи, где нужно зуб извлечь; обстоятельства, возбуждающие извлечение зубов; орудия для извлечения зубов употребляемые; трудное прорезывание зубов у младенцев».

В одном из разделов автор высказал мысль о том, что жевательный аппарат человека — не изолированная система, а составляющая единой системы организма.

Соболев отметил основные причины заболевания зубов: заболевания желудочно-кишечного тракта, мясная пища, роскошная жизнь (считая избыток углеводов), сырой морской климат, частое употребление сладостей и кислот, влияние профессии и условий жизни. Как отмечал Соболев, наиболее часто подвергаются заболеваниям зубы ремесленников, занимающихся плавлением металлов, золочением домашних вещей, наведением на зеркала амальгамы; мастеровых, работающих на худо-

строенных фабриках; «черни» из больших городов, живущей в тесноте большими семьями; при- морских жителей, рыбаков, матросов, корабельных служителей, питающихся чаще солониной и копченостями, вынужденных дышать морскими испарениями и работать в стесненных условиях.

Причины «шаткости» зубов, по мнению автора «Дентистики», могут быть наследственными, но чаще приобретенными: скудная жизнь с недостатками свежей пищи, чистого и здорового воздуха. Как местное лечение автор рекомендует полоскание отварами дубовой коры, чернильных орешков и других растений. При значительной расшатанности рекомендует укреплять зубы пластинками из дерева или кости, которые присоединялись нитками и проволокой.

Алексей Михайлович Соболев сформулировал показания и противопоказания к удалению зубов, способы остановки кровотечения после этой операции, перечислил необходимый при этом инструментарий (английский ключ, щипцы прямые для передних зубов и изогнутые для коренных, крючок, пеликан, козья ножка).

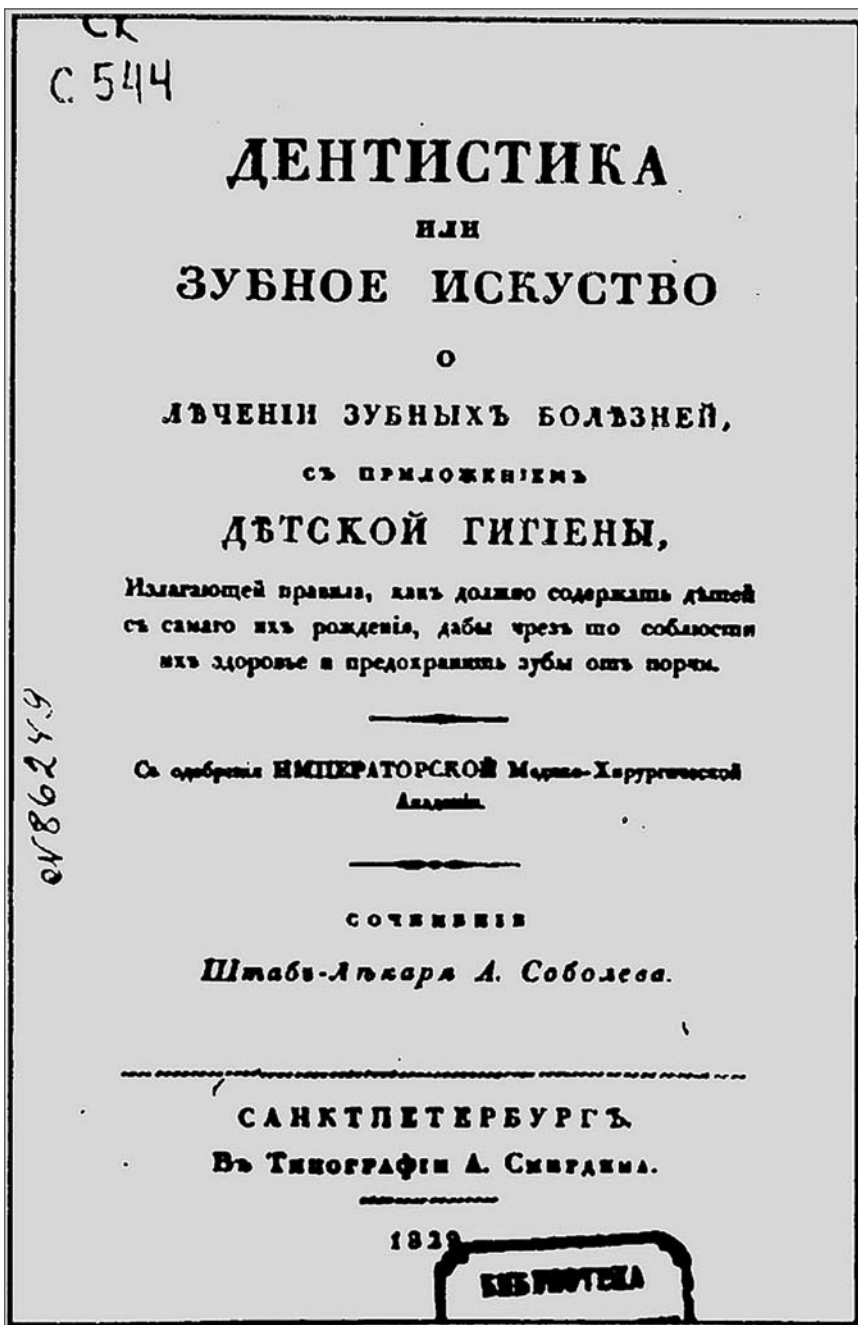
Соболев уделял особое внимание профилактике, отмечая, что «небесполезно было бы, если всякий имел строгое внимание к самому себе; обращал бы беспристрастное суждение на свое рождение, воспитание и здоровье родителей; ибо наследственные и современные болезни и болезненные расстройства требуют благовременного истребления оных». В профилактике болезней зубов он уделял большое внимание закаливанию организма.

Вторая часть книги А.М. Соболева имеет название «Детская гигиена». На ее страницах были впервые описаны принципы профилактической стоматологии.

«Дентистика» имела большое значение для развития отечественной стоматологии. Своей книгой он впервые официально провозгласил начало русской научной стоматологии и принципы ее профилактического направления. По замыслу Соболева намечалось издание второй его книги — о гигиене в пожилом возрасте, однако мечта его так и осталась неосуществленной.

Сегодня «Дентистика, или зубное искусство о лечении зубных болезней с приложением детской гигиены» хранится в фондах Российской национальной библиотеки в Санкт-Петербурге.

«Дентистика» стала своеобразной энциклопедией знаний и практики зубопротезирования того времени. В ней представлены все разделы зубопротезирования: терапия, хирургия, ортопедия и ортодонтия, профилактика заболеваний зубов.



ИнтерНьюс

Медсестры и нянечки уходят из больниц

За год численность среднего и младшего медперсонала сократилась почти на 70 тысяч человек: 7 июля 2016 года Росстат опубликовал итоги статистического наблюдения в сфере оплаты труда работников социальной сферы и науки за I квартал 2016 года. «Известия» сравнили этот документ с аналогичным отчетом за I квартал 2015 года и выяснили, что в России за год сократилось количество научных сотрудников на 2 тысячи, социальных работников на 10 тысяч и педагогов дополнительного образования на 1,6 тысяч. Но самое заметное сокращение кадров произошло в сфере медицины. Так, количество среднего медицинского персонала (фельдшеры, медсестры) уменьшилось на 16 тысяч (1,2%), а младшего (санитарки, нянечки) — на 50 тысяч (8%). Эксперты отмечают, что основная причина — низкая заработная плата и высокая нагрузка. Такая тенденция приведет к понижению качества медицинской помощи и дальнейшей коммерциализации системы здравоохранения. Исполнительный директор общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России» Ольга Фролова рассказала, что два месяца назад уволилась из онкологического диспансера, в котором проработала 20 лет и последние 10 лет занимала должность главной медсестры. «Основная проблема медперсонала — это низкие зарплаты. Я поняла, что больше не могу, и ушла», — объяснила Ольга Фролова. Она отметила, что в соответствии с майскими указами президента 2012 года зарплата медработников должна поэтапно повышаться. Но чтобы доходы медсестры сравнялись со средней оплатой труда по региону, ей нужно работать на полторы или даже на две ставки.

«Зарплата увеличилась за счет увеличения нагрузки. Лечебным учреждениям невыгодно нанимать новых сотрудников, да никто и не идет», — пояснила Фролова. Сокращение санитарок в больницах произошло по тем же причинам — из экономии. Младший медперсонал должен получать около 16 тысяч рублей в месяц, поэтому больницы переводят таких сотрудников в хозяйственный отдел, где оклад ниже, или просто увольняют и заключают договор с клининговой компанией. Санитарочка причастна к пациенту, она протирает тумбочку, меняет постельное белье, поправляет подушку, может повернуть, помочь в плане гигиены. А уборщица только моет пол. С сокращением санитарок их обязанности легли на плечи родственников пациентов. В должностные обязанности медсестер уход за больным не входит, но они его оказывают по возможности.

«Работа санитарок и нянечек очень важна, без них пациент окажется брошенным», — говорит директор ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней имени Гельмгольца» Владимир Нероев. А роль медсестры, по его словам, невозможно переоценить — без нее врач просто не сможет работать. «Сокращение среднего медперсонала приведет к тому, что однажды кому-то будет делать уколы, проводить предварительную диагностику, ассистировать хирургам за операционными столами», — считает Владимир Нероев. Он отметил, что с сокращением среднего медперсонала возрастает нагрузка врачей, а это ведет к снижению доступности и качества медицинской помощи. Эксперты сходятся во мнении, что к уменьшению количества среднего и младшего медперсонала привели сокращение медучреждений в результате оптимизации системы здравоохранения, низкая зарплата и высокая нагрузка на медсестер и нянечек. «Есть регионы, например Москва, где оплата труда медперсонала немного выросла. Но в целом по стране такие работники получают очень мало. При этом на рынке медико-социальный уход стоит крайне дорого. Доходы коммерческих сиделок даже сравнивать неудобно с зарплатой сотрудников государственных медучреждений. Различия иногда достигают тысячекратного размера», — отмечает профессор кафедры труда и социальной политики МИГСУ РАНХиГС Любовь Храпылина. По ее мнению, сокращение количества медсестер и санитарок приводит к деградации медперсонала и все большей коммерциализации здравоохранения. Все это резко снижает перспективы выздоровления пациента.

ИнтерНьюс

Ученые нашли пользу утренней тошноты во время беременности

Исследование ученых из Национальных институтов здоровья США показало, что существует связь между тошнотой у беременных и более низким риском выкидыша. Результаты работы опубликованы в журнале JAMA Internal Medicine.

«Утренняя слабость» у беременных, проявляющаяся в тошноте и рвоте, появляется на ранних сроках беременности и обычно исчезает к 4-му месяцу. Некоторые женщины страдают от этих симптомов на протяжении всего срока. Причины утренней тошноты до сих пор были неизвестны. Однако ученые из Национальных институтов здоровья США предположили, что таким образом организм защищает плод от токсинов и болезнетворных микробов, попадающих вместе с продуктами питания и напитками.

Авторы исследования проанализировали данные 797 женщин, ожидавших ребенка. У 188 из них беременность закончилась выкидышем. Женщины со второй и по восьмую неделю срока ежедневно делали записи, в которых указывали о каждом чувстве тошноты или о рвоте. С 12-й и по 36-ю неделю они заполняли ежемесячные опросники, где также сообщали о симптомах «утренней слабости».

В итоге о тошноте на второй неделе сообщали 18 процентов женщин, еще 3 процента указывали на тошноту с рвотой. К 8-й неделе беременности 57 процентов женщин сообщили, что испытывают тошноту, а 26,6 процентов жаловались на тошноту с рвотой. Исследователи обнаружили, что беременность у этих женщин гораздо реже заканчивалась выкидышем. Риск невынашивания ребенка при утренней тошноте снижался на 50%, при тошноте с рвотой — на 75%.

<http://doctorpiter.ru/articles/15323/>

Россия заняла последнее место в международном рейтинге здравоохранения

Россия заняла последнее место в международном рейтинге здравоохранения, составленном агентством Bloomberg.

В рейтинге, в который вошли 55 стран с населением более пяти миллионов человек, Россия заняла соответственно 55-ое место. Перед ней в списке находятся Бразилия, Азербайджан, Колумбия, Иордания и США, которые занимают 54—50-ю строчки соответственно.

Лидерами рейтинга стали Гонконг, Сингапур, Испания, Южная Корея и Япония.

При составлении индекса учитывались средняя продолжительность жизни, доля ВВП на душу населения, которая тратится на здравоохранение, и она же в абсолютном выражении.

В России средняя продолжительность жизни — 70,37 года, на медицину тратится 7,07% ВВП или 893 доллара.

Для сравнения в Гонконге продолжительность жизни — 83,98 года, на здравоохранение уходит лишь 5,4% ВВП или 2021 доллара.

В предыдущем рейтинге, составленном в 2009 году, Россия также занимала последнее место.

<http://www.interfax.ru/world/530433>

Правительство РФ не определилось с позицией по запрету бэби-боксов

Правительство потребовало доработать законопроект о запрете бэби-боксов.

В Кабинете министров не подтвердили слова Елены Мизулиной о том, что на законопроект дан положительный отзыв.

Работа над позицией правительства по вопросу о запрете бэби-боксов продолжается, официальный отзыв кабинета министров на соответствующий законопроект пока не утвержден, сообщил «Интерфаксу» источник в аппарате правительства РФ.

«Официальный отзыв правительства на законопроект о запрете бэби-боксов не подписан, работа над позицией правительства по этому вопросу продолжается», — сказал источник в аппарате правительства. Он отметил, что «предварительно текст отзыва обсуждался на комиссии правительства по законопроектной деятельности».

«Но это лишь один из этапов работы над отзывом, а не его окончательная редакция», — подчеркнул собеседник агентства.

Ранее первый зампред комитета Совета Федерации по конституционному законодательству Елена Мизулина сообщила, что правительство РФ дало положительный отзыв на подготовленный ею законопроект о запрете бэби-боксов для анонимного оставления детей. Соответствующее сообщение было опубликовано на официальном сайте сенатора.

<http://www.interfax.ru/russia/530519>

История этой рецензии такова. Год назад внезапно академик Е.Б. Александров предложил мне войти в состав комиссии по борьбе с антинаукой РАН. Одна из первых просьб — написать несколько фраз для титула книги Аси Казанцевой «В Интернете кто-то неправ! Научные исследования спорных вопросов». Прочитав текст, я не удержался и написал развернутую рецензию. Отправил. Ответа не получил. Видимо, рецензия пришлась «не ко двору». А еще через несколько месяцев академик Александров сообщил мне, что он передумал относительно моего членства в комиссии.

П. Воробьев

ТРИУИЗМЫ, ХОЛИВАР И ТРОЛЛИ

рецензия на книгу А. Казанцевой «В Интернете кто-то неправ! Научные исследования спорных вопросов»

Мы разошлись в оценках книги. Академик написал (или, скорее всего, — подписал) следующую короткую оценку этого опуса: «Яркая и смелая книга. Ася Казанцева не побоялась вступить в схватку сразу с дюжиной мифов, глубоко введшихся в общественное сознание. Помогает автору надежный тыл — за каждым тезисом в этой книге стоят ссылки на серьезные научные исследования. Текст читается как захватывающий научно-детективный сериал, но увлекательность в нем не мешает научной доброкачественности. Академик Евгений Александров, председатель Комиссии РАН по борьбе с лженаукой». Вот еще на титуле: «В своей новой книге научный журналист Ася Казанцева объясняет: чтобы разобраться, достоверно ли то или иное утверждение, обязательно быть узким специалистом. Главное — научиться анализировать общедоступную информацию. И тогда, если «в интернете кто-то неправ», вы это обязательно заметите». Во как. Все опирается в правильный анализ общедоступной информации. Весьма научно! Правда?

«Первую книгу Аси Казанцевой «Кто бы мог подумать? Как мозг заставляет нас делать глупости» высоко оценили ученые и обычные читатели — уже несколько лет она остается бестселлером». Ну да, видно, что и как оценили ученые. Даже не уверен, что кто-то из них книгу эту читал. Но чего не напишешь ради популяризации. В общем, решил я эту рецензию опубликовать. Хотя лично ничего против Аси и ее книги не имею. Но Ася — это новое явление нашей жизни, где перемешивается все — наука, болтовня в Интернете, поверхностные суждения, яркие фразы. Но главное — появилась новая группа людей: научные журналисты, которые вместо описания научных достижений... борются с лженаукой. Так, как они

понимают эту тему. В октябре 2016 г. Ася стала героиней нового скандала: некие гомеопаты подали в суд на ее публикацию в журнале «Наука и Жизнь». И тут вся научно-журналистская братия встала на дыбы: как посмели. Действительно, свобода писать — это и есть свобода слова. А вот отвечать за свои слова никто не готов, кажется.

Интернет в последнее время стал ареной жарких дискуссий на самые различные темы — от политических до сугубо бытовых. В этих дискуссиях есть дефект: они часто ведутся на основании только что пришедших оппонентам в голову мыслей, которые они отстаивают с пылом и жаром. Переходя от аргументов на личности. Особенно в этом отличаются люди, получившие в сети наименование «тролли», а сам феномен — «тролление».

При этом обычно (или часто) спорящие не являютя специалистами в обсуждаемой области, высказывают идеи и тезисы с чужих слов. Эта Интернет-дискуссия далека от научной и, на самом деле, довольно бессмысленна. Ее можно признать полезной только в случае приведения ссылок и обоснованных аргументов — в этом ее познавательная функция. Но и тут надо быть осторожным, так как аргумен-

ты могут быть весьма односторонними и если вы «не в теме», то могут увести вас далеко от истины.

Показательна в этом плане Википедия: если читатель не знаком с предметом — ему представляется все правильным и важным, если знаком — масса вопросов возникает к каждому тексту. Впрочем, как источник поверхностной информации Википедия полезна, и я сам часто пользуюсь этим ресурсом, находя там порой удивительные факты.

Горячая, но бессмысленная с точки зрения поиска консенсуса дискуссия в Интернете, в которой спорящие остаются при своем мнении, получила название «холивар».

Именно этот спор переносит на страницы своей книги Ася Казанцева. Автор — биолог по образованию, с третьего курса посвятила себя научной журналистике. В одном из интервью она написала, что ее «обязанности заключались в том, чтобы производить на ученых впечатление». Ученые бегали от журналистов как черти от ладана. И для того, чтобы попасть в расположение, Ася стала читать статьи «по профилю» и готовить вопросы, сбивающие ученых с толку. Этот подход оказался правильным.

В книге автор обсуждает несколько тем, которые выглядят в нашем обществе, точнее — для большинства — абсолютно правильными. Обычно это называется триумизм. О бесполезности гомеопатии. Ася рассказывает об истории ее возникновения, о наи-

более популярных в нашей стране препаратах для лечения респираторных инфекций, но вскоре уводит читателя в мир медицины, основанной на доказательствах, объясняя сущность современных исследований в медицине.

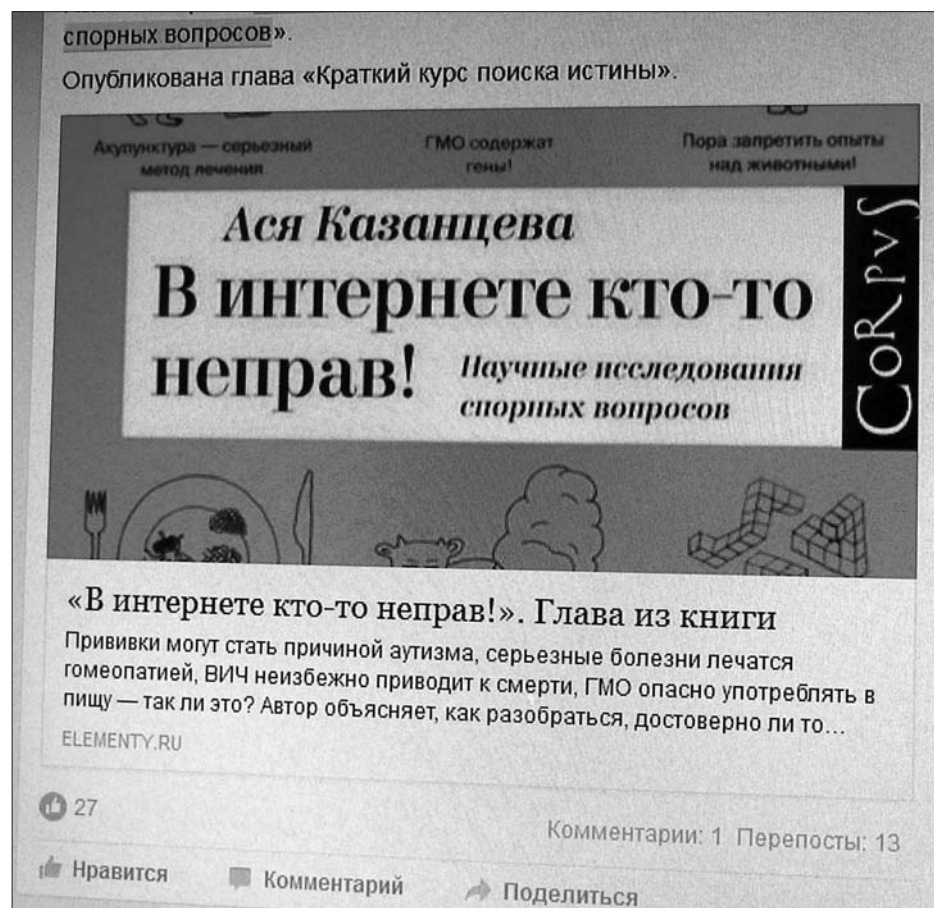
Рассказывает, что плацебо — пустышка — тоже работает (правда, мы знаем — не при всех болезнях, а лишь при тех, где имеется психологический компонент патологии, при опухолях эффект плацебо равен нулю). Автор разбирает причины плацебо-эффекта. Забывая назвать цифру: плацебо-эффект выражен в некоторых случаях у 40% больных. Это — много. Не у всех настоящих лекарств есть такой эффект.

Следующая тема, волнующая автора, — тема прививок. Многие в последние годы отказываются от превентивных прививок. Это явление — отзак — наблюдается во всем

мире, не только в России. Автор не анализирует этого явления, а идет по традиционному и банальному пути: все, кто против прививок, — бьяки. При этом главным «научным» аргументом является тезис, что все прививки полезны. Априори. Но, увы, мы-то знаем, что это не так. Как минимум вакцинация от гриппа не имеет строгих научных доказательств как в популяции в целом, так и в отдельных «группах риска» — пожилые, дети, организованные коллективы. Вообще к прививочному календарю, организации процесса слишком много накопилось у населения

Ася — это новое явление нашей жизни, где перемешивается все — наука, болтовня в Интернете, поверхностные суждения, яркие фразы.

Горячая, но бессмысленная с точки зрения поиска консенсуса дискуссия в Интернете, в которой спорящие остаются при своем мнении, получила название «холивар».



Начало на стр. 6

вопросов, чтобы принимать «на веру» и разделять безоговорочное поклонение перед этой технологией.

Начав с разоблачения дутого исследования о связи аутизма с применением вакцин, автор начинает убеждать читателя в полезности всех прививок. И здесь в ход идут самые разные — с точки зрения научности — аргументы. Например — мы же прививаем собак и кошек. Значит и людей надо прививать от всего, что предлагают. Автор убеждена, что провалившаяся история с освобождением мира от кори связана с борцами против прививок. Так ли это — никто не знает. Научных исследований, математического моделирования ситуации не было произведено. Иммунитет от прививки против кори, который формируется всего примерно у 70% привитых, сохраняется лишь несколько лет и через 6–8 лет необходимо прививать привитых повторно и регулярно. А ведь в допрививочную эру у всех взрослых был естественный противокоревой иммунитет. Теперь его нет, и взрослые стали массово болеть — в последние годы речь о тысячах только в нашей стране, причём болеют и привитые взрослые, и новорожденные дети.

Не годится аргумент и про «ослабленного возбудителя», так как для одних ситуаций он сработал, для других — нет. Вспомним самую первую «прививочную компанию» XVIII века против оспы — вариоляцию. Прошло много десятков лет, прежде чем стало понятно, что от этой «прививки» умерло больше, чем спаслось: только в Лондоне погибло на 25 тысяч человек больше, чем до «прививок». А ведь в России «прививались» тогда многие представители знати. Некоторые — насильно.

Станным выглядят заявления автора, что ВИЧ, если его не лечить, почти всегда приводит к СПИДу. Это — не так. Лишь 30% ВИЧ-инфицированных заболевают синдромом иммунодефицита. И многие имеют этот синдром без всякой связи с предварительной ВИЧ-инфекцией. Не зря эти два состояния синонимами не являются. К ВИЧ-инфекции тоже много вопросов, например, почему так и не состоялась предсказанная пандемия. Много в этой проблеме антинаучных веяний, в частности — влияния бизнеса. Надо разбираться, серьезно, строго. К сожалению, в книге Аси Казанцевой такого подхода, анализа различных точек зрения нет. Для нее все ясно и понятно.

Впрочем, интересны различные анекдоты, приведенные в книге (не в плане — смешно, а в плане — краткие истории). Например, излечение от ВИЧ-инфекции пациента после трансплантации костного мозга. Правда, не обсуждается вопрос — а почему за последние 8–9 лет этот опыт не был воспроизведен. Или был?

Безупречной на этом фоне выглядит глава про иглорефлексотерапию. Автор глубоко проник в научные и околонучные журналы и рассказывает читателю так, словно сам является специалистом. И крайне удачной находкой является отступление в начале этого раздела относительно подходов научной журналистики и научных журналистов, их взаимодействия с редакторами. Правда, опущена тема влияния рекламодателей и арендодателей, которые тоже могут диктовать условия редакциям средств массовой информации. И — вполне успешно.

Но вернемся к акупунктуре. В этой медицинской сфере имеется огромное число — тысячи — правильно организованных клинических исследований, хотя, по мнению автора, к их дизайну есть вопросы. Согласимся, прочитав эту главу. При обобщении исследований при самых различных заболеваниях Кохрейновским сообществом получилось, что в подавляющем большинстве случаев доказательств эффективности недостаточно. Такое заключение дано для 25 из 32 проанализированных состояний. Для 5 вывод — лично для меня — неожиданный: при 5 ситуациях метод работает или по крайней мере может работать — тошнота и рвота, спровоцированные химиотерапией и после операций, детский энурез, головная боль неизвестного происхождения и боль в спине при беременности. Впрочем, еще раз вспомним про некоторое недоверие к дизайну подобных исследований.

Я не поборник иглоукалывания, но меня несколько удивило вполне такое миролюбивое (в отличие от предыдущих глав) заключение Аси: «первоначальный пафос... заключался как раз в том, что я совершенно не пытаюсь пропагандировать полный отказ от акупунктуры среди людей, которых она вдохновляет». Мне кажется, все как раз наоборот: из-за крайне высокого распространения этой методики «лечения», огромное число больных не получает своевременно необходимой терапии, что, безусловно, наносит вред здоровью нации.

Немного «из другой серии» темы про генно-модифицированные продукты, глава об основах эволюции. Тут много популярной биологии, изложенной простым и ясным языком. С массой примеров, в том числе анекдотов из собствен-

ной жизни. Вообще, личными историями автора книга перенасыщена. Как правило — эти истории являются информационным поводом, а не научным доводом, и чтению книги не мешают.

Очень проникновенная статья в защиту экспериментов на животных. Кстате, рассказана история с талидомидом. С одной фактологической ошибкой: не компания виновата в том, что не провела исследований на беременных животных — таких регуляторных требований на тот момент не существовало. Именно после этой истории и появилось обязательное требование делать исследования всех лекарств на тератогенность, а затем — и на онкогенез. Кстате, эти исследования лишь снижают риски, но окончательный ответ на тему безопасности дается в рамках фармаконадзора: система сообщений о побочных действиях препарата после его выхода в широкую практику.

Полезно заметить, что у многих препаратов в инструкции есть запрет на использование у беременных и детей, но связано это не с их токсичностью, а с отсутствием соответствующих исследований на людях. С одной стороны, это защищает женщин и детей, с другой — сужает терапевтические возможности, когда препараты эти необходимы. И врачи вынуждены использовать препараты of label — вне указанных показаний.

Не сказано ничего и в защиту компании, что она до сих пор платит всем жертвам талидомидовой трагедии пенсии. А жертв этих — много. Не сказано, что талидомид и его аналог — ленолидомид — оказались важными противоопухолевыми препаратами, которые теперь лечат миеломную болезнь во всем мире.

Не бесспорны изложенные автором взгляды на диетические ограничения потребления мяса свиней, говядины и др. Во всяком случае в настоящее время такие ограничения медицинским сообществом не приняты. Хотя апологеты

Безупречной... выглядит глава про иглорефлексотерапию. Автор глубоко проник в научные и околонучные журналы и рассказывает читателю так, словно сам является специалистом.



вегетарианства настаивают, что есть растительную пищу — здорово. Оставим эту главу автора без критики. Хотя трудно пройти мимо такого пассажа относительно сосисок: регулярное их употребление в течение тридцати лет, в принципе, может... вызвать рак. «Где безопасная грань между одной порцией и регулярным употреблением? Я не знаю. Никто не знает. Это как вам повезет. Впрочем, этот вопрос можно будет обсудить с врачом, истолковывающим результаты расшифровки вашего генома (думаю, что большинство ныне живущих застанет момент, когда это станет рутинной медицинской процедурой)». Откровенно говоря — пока никаких научных оснований для таких оптимистических утверждений нет.

Дальше — больше. Автор абсолютно уверен в пользе витаминных добавок к пище, указывая, одновременно, что никаких исследований на этот счет нет. Исследований много. В частности — о бесполезности фолиевой кислоты для профилактики порока развития нервной трубки. Витамин этот надо пить до зачатия, после зачатия он уже не помогает. Но назначают-то его именно во время беременности. В общем, показалось, что вопрос не очень проработан автором и требует, как минимум, более глубокого анализа отдельных позиций. Было бы неплохо указать, что витамин Е повышает частоту опухолей, а не просто «вреден».

Обсуждение гендерных проблем, отношения в обществе к лицам с нетрадиционной ориентацией, проблем религиозности явно выходит за рамки научных дискуссий, и потому останавливаться на них не буду. Хотя автор и приводит в защиту собственных точек зрения научные исследования, но они требуют тщательного, а не поверхностного анализа. Впрочем, жанр книги в целом не предполагает глубокого аналитического исследования, так как воспроизводит лишь споры в Интернете — горячие и, как мы уже сказали, — часто бессмысленные. В названии книги стоит — «научные исследования», но этой позиции я в книге не нашел. Книга написана живо и потому будет, вероятно, не только востребована читателям, но и широко обсуждаться в Интернете.

Последняя фраза была написана год назад, но после выхода книги никакой серьезной дискуссии я не увидел. Возможно, не на тех сайтах я черпаю информацию.

ИнтерНьюс

Ученые назвали новую опасность курения

Ученые из Гарвардской школы медицины выяснили, что курение нарушает структуру ДНК и часть нарушений не проходит даже после того, как человек отказывается от никотина, сообщает NBC News.

Исследователи определили, что курение влияет на процесс метилирования — изменения молекулы ДНК, что может подавить активность генов или повлиять на их функции. Такие сбои часто приводят к раку, проблемам с сердцем, другим заболеваниям. Последствия курения могут сказываться на молекулярных механизмах на протяжении более чем 30 лет.

Ученые изучили образцы крови 16 000 человек, ранее принимавших участие в различных исследованиях. Выяснилось, что у курильщиков изменился процесс метилирования, и это влияло более чем на 7000 генов, то есть на треть всех человеческих генов, известных науке. Если человек бросал курить, большинство генных изменений приходило в норму примерно через 5 лет. Но изменения в 19 генах, в том числе в связанном с возникновением лимфомы, не прошли и за 30 лет, передает NBC News. Возможно, такая разница в продолжительности «отмывочного периода» для разных клеточных популяций связана с различной скоростью их пролиферации.

<https://ria.ru/science/20160922/1477578017.html>

Российские ученые разрабатывают антигипертензивный препарат с принципиально новым механизмом действия

Лекарственный препарат от гипертонии с принципиально новым механизмом действия разрабатывают ученые СибГМУ и МГУ.

Вещество, на основе которого создается лекарство, — химический «предшественник» ФАТ, фактора активации тромбоцитов. Сам ФАТ ученые синтезировали еще во второй половине прошлого века, описав его способность снижать АД. Но это вещество действует очень быстро, дает кратковременный эффект и почти мгновенно сильно повышает свертываемость крови. Получить аналог ФАТ, пригодный для создания лекарства, пытались научные коллективы многих стран. Ученые СибГМУ и МГУ нашли другое решение, синтезировав не сам ФАТ, а «предшествующее» вещество. В отличие от ФАТ оно действует длительно, не влияет на свертываемость крови и может стать основой для лекарственного препарата.

Доклинические испытания длились 3 года. Они доказали, что лекарственный препарат нетоксичен. Он действует в течение 24 часов, так что человеку достаточно будет принять одну таблетку в день. Предполагается, что еще год у разработчиков уйдет на подготовку документов и регистрацию препарата, около 3 лет — на проведение клинических испытаний. Препарат выйдет на рынок не раньше, чем через 5 лет: точные сроки зависят от финансирования проекта, сообщила проректор СибГМУ.

<http://www.pharmvestnik.ru/pubs/lenta/rossii/rossijskie-uchenye-razrabatyvajut-antigipertenzivnyj-preparat-s-prinsipialno-novym.html#.WB8NcPRm3rA>

Университет Лобачевского представил уникальные разработки в области создания нейроинтерфейса

Университет Лобачевского представил предсерийный прототип экзоскелета «Илья Муромец» и собственные разработки в области создания уникального нейроинтерфейса, при помощи которого можно управлять квадрокоптером или экзоскелетом. В отличие от сложного и дорогого интерфейса «мозг—компьютер», нижегородцы в своей разработке используют нейроимпульсы мышц. Руководит проектом проректор ННГУ по научной работе, доктор физ.-мат. наук Виктор Казанцев. По словам разработчиков, нейроинтерфейс «человек—компьютер» расширит возможности человека для управления устройствами в быту (компьютерные игры, вождение автомобиля), в индустрии (управление станками и оборудованием на производстве) и в медицине (реабилитация, восстановление). Такие сенсоры можно использовать для управления экзоскелетом — человек, не способный самостоятельно ходить, может лишь напрягать мышцы ног, нейроинтерфейс считывает сигналы мышц и запускает моторы экзоскелета для совершения шага или подъема со стула.

<http://www.unn.ru/site/about/news/universitet-lobachevskogo-predstavil-unikalnye-razrabotki-v-oblasti-sozdaniya-nejrointerfejsa>



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

3—4 октября 2016 года
Холидей Инн Сокольники, г. Москва

Web-сайт: www.newdiamed.ru
E-mail: gerontology@newdiamed.ru

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении
3—4 октября 2016 года
XXI Международной научно-практической конференции

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

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

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

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июля 2016 г.
Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2016 г.

ФОРМА УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

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

2. **Устное выступление с лекцией, докладом, научным сообщением, клиническим разбором, а также участие в постерной сессии:**

- Правила подачи заявки смотри на сайте: www.newdiamed.ru

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

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

Тезисы и статьи принимаются до 15 июля 2016 г.

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

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

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

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 3500 руб.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

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

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

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

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

Оргкомитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»: Телефон/факс: (495) 225-83-74, e-mail: gerontology@newdiamed.ru

Председатель оргкомитета профессор Воробьев Павел Андреевич
Ответственный секретарь Нерсесян Мадлена Юрьевна (научная программа)
Секретариат Голованова Наталья Николаевна (по вопросам размещения)

КОНФЕРЕНЦИИ

Лео Бокерия:

«Качество жизни улучшилось»

Сердечно сосудистые заболевания лидируют как по частоте заболеваемости, так и по проценту смертности во всем мире. При этом практически все эти заболевания поддаются лечению, заявил директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева Лео Бокерия на встрече с журналистами, состоявшейся в МИА «Россия сегодня» накануне Всемирного дня сердца. «Сегодня заболеваний, которые бы мы не лечили, практически нет», — заверил он представителей СМИ.

«Мы знаем, что уменьшилась смертность от сердечно сосудистых заболеваний в целом по стране. Это касается всех возрастов, — заявил Л.А. Бокерия. — Продолжительность жизни реально удлинилась. А это говорит о том, что качество жизни улучшилось. Приведу такой пример: десять лет назад мы фактически не брали человека старше 60 лет на операцию с искусственным кровообращением. Сегодня оперируем больных 80—85 лет с прекрасными результатами.... Потому что у нас прекрасное искусственное кровообращение, и мы очень хорошо выхаживаем. Дальше все уже зависит от человека, — сколько и как он хочет жить».

Недавно в СМИ прошла информация, что в январе 2017 года снова должно начаться обсуждение законопроекта о детском донорстве в нашей стране. Л.А. Бокерия прокомментировал эту информацию нашей газете: «В 1992 году, когда принимался закон (о трансплантологии), там было написано «в том числе и у детей». Констатация мозговой смерти. Один ученый, который был в комиссии, сказал: «Давайте, пока такое время сейчас, (это) уберем». И вот с 1992 прошло уже 24 года.



Пока тема не решена. Но она должна быть решена. Поскольку мы — нормальная страна. Должно быть понимание, что мы к этому серьезно относимся».

Разумеется, кардиохирург оказался поборником здорового образа жизни. Причем не на словах. «У меня золотой значок ГТО», — заметил он, подчеркнув, что «обеими руками за» полномасштабное возрождение этого комплекса. Лео Антонович рассказал, что уже 4 года не пьет алкогольных напитков. Впрочем, категорически запрещать алкоголь другим он не стал, порекомендовав тем, кто позволяет себе иногда выпить, употреблять качественные напитки, в частности, предпочитать белое вино красному, так как оно быстрее выводится из организма. И — признался в любви к газировке. «Меня часто спрашивают: как же так? А газированную воду пили члены Политбюро и долго жили, между прочим», — улыбнулся Бокерия.

Юлия Седова

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы: 8 (495) 225-83-74

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

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