



Данная статья — фрагмент моего выступления на Второй международной научно-практической конференции «Противодействие лженауке в современном медиапространстве: возможности научных коммуникаций», организованной Журфаком МГУ 29–30 сентября 2016. Факультет собирается готовить научных журналистов (НЖ), а те, в свою очередь, «противодействовать лженауке». Еще прошлогодняя конференция вызвала ощущение советского «дежа вю», как будто сверху спустили разрядку на борьбу с лженаукой (оказалось почти то же самое — дали грант! [1]). Вскоре вышли тексты [2], чтение которых помогло мне эти чувства прояснить.

Все в этих текстах вызывает протест: похожий на кодекс юного пионера перечень того, каким должен быть НЖ, и намерение использовать СМИ, и то, что научная журналистика это «...умение «переводить» научный текст на общелитературный язык», и определение популяризации, и странные претензии, если только это не «оговорка по Фрейду»: «Журналисты должны владеть целым набором профессиональных ролей [3]: носителей общекультурного и специального знания, исследователей, экспертов, тренеров, навигаторов, дидактов, педагогических психологов, технологов. Аудитория СМИ ждет всех этих новаций и от журналистов, и от высшей школы». По части играть роли они — мастера.

Помимо обоснования моего смутного предчувствия того, что самоубийственная для СМИ борьба с лженаукой — благое пожелание, я собираюсь усомниться в том, что полноценного научного журналиста (НЖ) можно подготовить из журналиста обычного. Подготовка, как считают, «...должна идти в двух направлениях: специализация на фоне базовой подготовки журналистов и приобретение журналистских компетенций выпускниками других вузов, уже владеющими основными знаниями в области науки». Если последнее (кроме стиля) не вызывает возражений, то первое мне кажется малоперспективным. Нельзя выучить науку параллельно и за несколько месяцев. Невозможно «держать форму», не работая в науке постоянно, поскольку понимание ее проблем и ценностей требует регулярно возобновляемых знаний «изнутри» науки. Я уже не говорю о знании отношений в этом социальном институте, позволяющего понять «ху из ху и ху есть кем». Предлагаемая «специализация» только наплодит журналистов с ложным сознанием своей «научности». Даже успешный в своей сфере специалист при соблазне залезть в чужую область, как правило, превращается в «журналиста обыкновенного», то есть человека, в лучшем случае полуквалифицированного.

Нас вводят в заблуждение, когда пишут: «...чтобы разобраться, достоверно ли то или иное утверждение, необязательно быть узким специалистом. Главное — научиться анализировать общедоступную информацию» [4]. Чтобы «научиться анализировать общедоступную информацию», нужно сначала, хотя бы как А. Казанцева, стать каким-нибудь специалистом. Я знаю, что есть талантливые работы о науке, сделанные журналистами без образования по второй специальности. Отдаю им должное, но здесь я не рассматриваю редкие «журналистские мутации».

СМИ вообще, а в России особенно, не имеют никаких внутренних предпосылок и побуждений для «противодействия лженауке» и напротив имеют все мотивы для ее культивирования. Исключение составляют случаи, когда сама популяризация науки становится бизнесом. При этом надо понимать, что популяризировать можно и антинаучные идеи.

Думаю, никого не надо убеждать, что СМИ ежечасно и повсеместно заняты тем, что распространяют лженаучные сведения, прежде всего в виде явной и/или скрытой рекламы, непроверенных или заведомо бездейственных лекарств, фантастических приборов «от всех болезней» и т.д. и т.п. Часто примечательно, особенно усердствуют в этом т.н. либеральные СМИ (напри-

Помимо обоснования моего смутного предчувствия того, что самоубийственная для СМИ борьба с лженаукой — благое пожелание, я собираюсь усомниться в том, что полноценного научного журналиста (НЖ) можно подготовить из журналиста обычного.



специалист способен возобновлять знания только в рамках определенной частной сферы, а следить за тем, что происходит за ее пределами, не имеет ни времени, а часто ни желания. Так что хороший научный журналист, регулярно следящий за новостями, вполне может улавливать тенденции и проблемы».

Иначе говоря, лучше всех знают, что есть наука и лженаука теперь журналисты. Представляется, что надо все-таки хотя бы научиться выслушивать критику, а не пиарить себя на каждом столбе.

П. Воробьев

мер «Эхо Москвы»), то есть именно те, что учат нас «честности», «борьбе с коррупцией» и другим составляющим Прогресса и Демократии. Это неудивительно, ибо основная ценность либерализма — деньги. Без них даже борьба с лженаукой захиреет.... Деньги функционально встроены в симбиотическую систему жизнеобеспечения СМИ и потому у лженауки здесь большое будущее. «Лженаука» в СМИ — это не «бабка с клюкой», которая туда забрела, нет, это журналисты ее туда пригласили.... Как только дело касается рекламы (госр. денег), журналисты тотчас утрачивают способность, которой их вроде бы обучают в институтах — отличать науку от лженауки, и даже занимаются откровенным лоббированием интересов плательщика [5].

СМИ, независимо от их ориентации, придуманы вовсе не для улучшения человеческой породы. Их первейшая задача — управление через оболванивание. А. Фурсенко объяснил же нам, что «...сейчас задача заключается в том, чтобы взрастить квалифицированного потребителя...». Лже-

наука — один из инструментов для этого. Откровенное оживление здесь видно в условиях экономических кризисов, когда вместо лекарств можно предложить гражданам уринотерапию. Появление забытых на время относительного благополучия кашпировских и чумаков, а также регулярные мистические ТВ-программы — инструменты СМИ, которые хорошо всем нам знакомы. Иначе говоря, если СМИ откажутся от лженауки, они перепилят сук, на котором сидят.

«Понятие «популяризация» обозначает <...> превращение сложного, труднодоступного для понимания произведения в такое его отражение, посредством которого оно становится ясным, понятным, поддающимся освоению» [1]. Осмелюсь сказать, что и популяризация чего либо, если она не заканчивается показом того, что все в мире устроено очень сложно, — это, в

сущности, также разновидность оболванивания. Вместо того чтобы люди начали понимать, что жизнь сложна, им нередко предлагаются эрзацы этой сложности — то есть жизнь становится проста! Задача популяризации не упрощение, а пробуждение интереса к познанию сложного. Кроме того, простота изложения имеет пределы.

Продолжение на стр. 2

СМИ вообще, а в России особенно, не имеют никаких внутренних предпосылок и побуждений для «противодействия лженауке» и напротив имеют все мотивы для ее культивирования.

## ИнтерНьюс

### Коленные хрящи вырастили из клеток носовой перегородки

Швейцарские ученые использовали клетки, взятые из носа пациента, для получения хрящевой ткани. Созданные таким образом коленные хрящи были пересажены 10 взрослым в возрасте от 18 до 55 лет. Трансплантация была проведена еще два года назад, но об успехе операции ученые и врачи сообщили лишь сейчас.

Хрящевая ткань для трансплантации была выращена из клеток носовой перегородки учеными из Университетской больницы Базеля (University Hospital Basel) — эти клетки обладали уникальной способностью делиться, давая начало новому хрящу.

Исследовательской группе из Больницы Морристонна (Morrison Hospital) под руководством Яйна Уитейкера (Jain Whitaker) с помощью трехмерной печати удалось создать хрящевую ткань, подходящую для пересадки.

Из носовой перегородки пациентов был взят фрагмент ткани диаметром 6 мм, после чего эти клетки культивировались в течение двух недель под действием факторов роста. Потом клетки пересаживались на коллагеновую подложку, и культивация продолжалась еще в течение двух недель. В дальнейшем будущему трансплантату придавали необходимую форму, что позволяло заменить им поврежденный хрящ.

Спустя два года после трансплантации, у 9 пациентов из 10 отсутствовали какие-либо осложнения, связанные с пересадкой. Один из участников не смог пройти необходимые обследования, так как получил серьезную травму).

Пациенты отметили снижение болевых ощущений, улучшение работы коленного сустава, а также общее улучшение качества жизни. Несмотря на то, что процедура оказалась эффективной, о ее внедрении в клиническую практику говорить пока преждевременно — наблюдение за пациентами еще продолжается. Кроме того, нужно опробовать методику на большем количестве пациентов, а также сравнить эффективность такого лечения со стандартными методами терапии и плацебо.

Методика выглядит довольно перспективной и авторы надеются, что после проведения всех необходимых испытаний они начнут использовать ее в клинике.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2016/10/24/852cartilage/>

### «Сектор здравоохранения сильно вырос в последние годы»

Инвестиции в медицину помогли миллиардерам сохранить свое состояние. Бизнесмены из сферы здравоохранения стали единственными, кому удалось увеличить накопления за 2015 год. Об этом говорится в совместном исследовании компаний PwC и банка UBS. При этом общее состояние миллиардеров в мире сократилось впервые с 2008 года.

По подсчетам PwC и банка UBS, за 2015 год миллиардеры обеднели на 5% или на \$300 млрд. Больше всех пострадали азиатские и американские бизнесмены. Причиной стало замедление мировой экономики и падение стоимости сырья.

Хуже всего пришлось владельцам энергетических компаний — их состояние сократилось на 17%. Сильно сократился объем капиталов и у промышленных магнатов — на 12%. Почти не почувствовали перемен сферы высоких технологий и развлечений. Положительную динамику показал только сектор здравоохранения. Миллиардерам удалось увеличить свои накопления на 2%. Это действительно перспективное направление для вложений, но вскоре тренд может измениться, считает экономист Владимир Рожанковский.

«Сектор здравоохранения сам по себе неплох, население Европы и США стареет, и, казалось бы, это бизнес без дураков, но он очень сильно вырос в последние годы. В итоге он оказался существенно переоценен, и сейчас ему надо бы немножко скорректироваться. Надежды сосредоточены на энергетике, потому что уровень капиталов энергетиков настолько сильно упал, по технической картине видно, что нефть сильно ниже не пойдет, нефть может быть сейчас наиболее интересной идеей для инвестиций», — прокомментировал Рожанковский в эфире «Коммерсантъ FM».

По подсчетам экспертов, несмотря на сокращение капиталов богачей, число обладателей состояния минимум в 1 млрд продолжает расти. Сейчас в мире 1397 долларовых миллиардеров. По оценкам экспертов, большинство новых миллиардеров — 70% — заработали свое состояние сами. Остальные получили деньги в наследство.

<http://www.kommersant.ru/doc/3119184>

Начало на стр. 1 ↗

Дальше следует принципиально не упрощаемая специфика науки. Поэтому действительно научный язык нельзя перевести на литературный. На то он и научный, что не литературный. Эта рекомендация путает его с мольеровским «говорением прозой». На нормальный язык можно перевести только имитационный лексикон.

Есть плохой или хороший, литературный или нелитературный язык, а научным может быть только смысл текста

и непередаваемые термины. Поэтому и «перевод с научного на общелитературный» — фикция («Переводим на любовь с итальянского...»).

Я утверждаю обратное: если текст можно перевести на «общелитературный» язык, то, скорее всего, это — лженаучный и точно плохо написанный текст. Не все осознают, что так называемый «научный» язык во многих сферах человеческой деятельности (например, латынь в медицине) — это порождение институтов, которые не хотели, чтобы кто-то вмешивался в их деятельность без их на то разрешения (то есть конкурировал с ними). Господа говорили по-французски, чтобы чернь не вмешивалась в разговоры. Врачи — по латыни и по-гречески, чтобы придать особую значимость своей деятельности и оградить себя от посягательств конкурентов и критиков.

Еще одно наивное, с моей точки зрения, намерение — выстроить «... мост между языками специализированных видов духовного творчества и языком массовой аудитории» [1]. То есть, как сказал поэт: «...заменить бы вам богему

...популяризация чего либо, если она не заканчивается показом того, что все в мире устроено очень сложно, — это, в сущности, также разновидность оболванивания.

Господа говорили по-французски, чтобы чернь не вмешивалась в разговоры. Врачи — по латыни и по-гречески, чтобы придать особую значимость своей деятельности и оградить себя от посягательств конкурентов и критиков.



классом...». Заигрывать с массами — дело опасное. Боюсь, придется переводить не на литературный, а сразу на матерный... Читатели популярной литературы о науке отнюдь не «трудящиеся массы», а достаточно тонкая прослойка образованного общества, и не стоит обольщаться на счет наших просветительских возможностей.

Теперь вообразим почти невероятное, что СМИ вдруг, утратив инстинкт самосохранения, решили послужить идеалам Просвещения (например, некто, чтобы изобразить нам «плюрализм», нашел аргументы для того, чтобы производители курятины поделились частью прибыли с популяризаторами Науки). Что мы получим от людей, не имеющих полноценного научного образования? Вряд ли ученый будет разговаривать с ним как с коллегой. Журналист будет слушать упрощенный для него рассказ исследователя, для дальнейшего упрощения, для «широких масс». Упрощение упрощенного, искажение в квадрате — вот что мы получим. Весь мой опыт общения со

...так хочется предложить заменить медицинские ученые степени на что-то более скромное, например, на степени «исследовательских работ» (КИР, ДИР).

СМИ говорит о том, что от них сложно добиться даже добросовестного повторения вами сказанного. Если это запись, смонтируют так, что потом стыдно знакомым в глаза смотреть.

Журналисту, даже прошедшему «научную спецподготовку», будет весьма непросто отличить науку от лже- или даже от не-науки или оценить достоверность. Почему?

Потому, что участники «научной деятельности» сами порой этого не могут! Я даже оставлю в стороне классификации наук и сложные рассуждения, например Пола Файрабенда, на этот счет. Ограничусь медицинским примером. В нашей замечательной специальности оттого так много лженаучных изобретений, что сама она — не наука, а ремесло, местами переросшее в производство, снабжаемое технологиями — продуктами фундаментальных наук (физики, химии, биологии и т.д.).

По мне так сам термин «медицинские науки» — оксюморон или эвфемизм. Если медицина не наука, а сама она себя объявляет таковой, то она сразу попадает под имеющиеся определения лженауки (псевдонаучный язык — тот самый,

что можно «перевести на литературный», присвоение научных степеней, а не звание «магистра искусств» например, создание НИИ, которыми руководят врачи, и т.д.). Многие ли это понимают? К сожалению, из журналиста такой же НЖ, как из врача — ученый...

Только порадовался, что устранили «научную» синекхуру — РАМН, где плодились, как удачно говорил Нассим Талеб, «страдающие запором академики», как она же возродилась из пепла в виде Отделения медицинских наук РАН. А так хочется предложить заменить медицинские ученые степени на что-то более скромное, например, на степени «исследовательских работ» (КИР, ДИР).

Часть врачей действительно ими занимается (чему их, к слову сказать, не учат, и оттого большинство делает это плохо). Но и астрологи, и ребенок, бросающий ложку на пол, — тоже исследователи.

Кроме того, и обыватели, и журналисты, и даже сами врачи нередко находятся под действием устойчивых штампов культуры. Например, что «все больные хотят лечиться»; «врач и больной сотрудничают», что «мифологическое мышление — антипод научного», «факты — упрямая вещь», что «субъект может быть объективным» и т.п. Журналисты во время моего выступления начали МЕНЯ учить тому, что такое медицина... Самоуверенность представителей этой профессии, питаемая как раз односторонностью образования, огромными гонорарами СМИ, завистью простого люда и идиотскими фильмами о том, как ОНИ снимают президентов, спасают мир от войн и оставляют в дураках профессионалов — детективов, врачей и адвокатов — отдельная тема.

А теперь вообразим, что НЖ все-таки найдется что «переводить с научного на литературный». Есть ли он у них, такой язык? Есть на что переводить? Что-то я снова сомневаюсь! Достаточно заглянуть в СМИ. Поищем литературный язык в вышеупомянутых текстах. В них НЖ предписывается «...работать с источниками информации и

проверять факты» [1]. И, видно для непонятливых, в скобках уточняется, что процесс этот называется, вы не поверите!... «фактчекинг!» (поубывал бы!...). Это вам не у Проньки в гостях. Тавистокский институт отдыхает...

Что же я вижу? То же самое, что и в медицине: надувание щек при помощи обратного перевода нормального языка на «научный». Все эти, лишь в редких случаях частично оправданные, но чаще пустые, «контенты», «тренды», «мейнстримы», «компетенции», «вызовы» (вместо «проблем» и «вопросов») и т.п. языковые отбросы загадили все пространство общения. В нем не разговаривают, а «посылают сигналы» или «месседжи» (!), «...попукивая и отбивая четкетку...». Это что ли называется «литературным языком?».

Продолжение на стр. 3 ↗

Начало на стр. 1, 2 ↗

Вообще-то, все это мы уже видели. Это — речь Власти, которую с радостным подобострастием, как и прежде, подхватывают и тиражируют СМИ. В эпоху СССР, когда русский язык в угоду генсекам коверкали украинизмами, это хотя бы высмеивалось в анекдотах: «Началась косовица хлебу на айоушине». Ныне англо-саксонизмы, любимые многочисленными айфонями, воспринимаются вполне серьезно. Поскольку одновременно предписано «обратиться к истокам» (православие, соборность и пр.), язык наших СМИ являет собой замечательную смесь английского с нижегородским («Блэкаут в Крыму»; «Для Вас были какие-то челенджи?...» (Эхо Москвы, эфир от 28/10 2016, 13:38), а также всякие «задумки», «подвижки», «заделы» и пр. сельскохозяйственный инвентарь). Все это приправлено просторечиями новояза. Повсюду варианты этого омерзительно-явления в субтитрах и текстах, **официально употребляемые СМИ отвратительные уничижительные словечки:** «молодежка», «первичка», «манежка», «молочка», «рашка», «психушка», «столичка»; «оборонка», «военка/войнушка», и прочая g@внюшка.

Мне хочется ответить тем, кто плодит подобный лексикон: нужно, чтобы журналишки, даже из МГУшки на манежке, сперва учили рашенского языкушку. А уже потом тужились заниматься борбушкой с лженаучкой.

Вот такой журфаккинг, понимаешь...

**Журналисты во время моего выступления начали МЕНЯ учить тому, что такое медицина...**

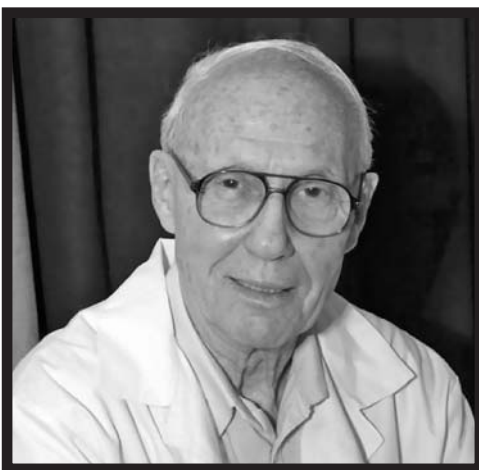


- [1] Госконтракт № 14.597.11.0010.
- [2] Наука, СМИ, общество: как достичь взаимопонимания. Методическое пособие для журналистов по выявлению признаков лженауки Т.И. Фролова Москва МГУ 2015. [1] Цитаты из этого текста даны мною (НЗ) курсивом.
- [3] Здесь и далее, если не указано специально, выделено мною, НЗ.
- [4] (<http://www.turgenev.ru/3848>) приписывают А. Казанцевой).
- [5] (<http://osdm.org/blog/2013/06/29/n-a-zorin-novaya-statya/>).

## НЕКРОЛОГ

### Памяти А.Б. Зборовского

В конце октября 2016 года не стало Александра Борисовича Зборовского. Он родился 29 июня 1929 года в Днепропетровске в медицинской семье. В 5-м классе он оказался в эвакуации на Урале. Авторитет мамы-врача определил выбор медицинской профессии. В 1951 году Александр окончил Красноярский медицинский институт и поступил в клиническую ординатуру при кафедре госпитальной терапии Томского медицинского института. С 1954 года работал в должности ассистента на этой же кафедре. В 1954 году Александр Борисович защитил кандидатскую диссертацию на тему «Кортикальная нейродинамика у больных ревматизмом» и в 1955 году стал доцентом кафедры госпитальной терапии Волгоградского медицинского института. С 1959 года в течение 42 лет Зборовский заведовал кафедрой. В 1963 году он защитил докторскую диссертацию на тему «Клиника и патогенез гипоталамических нарушений у больных ревматизмом», а в 1964 году ему было присвоено звание профессора.



По инициативе Александра Борисовича решением Госкомитета по науке и технике при Совете Министров СССР в Волгограде открыта Проблемная научно-исследовательская ревматологическая лаборатория Минздрава СССР, которая распоряжением Совмина СССР в 1984 году реорганизована в филиал Института ревматологии АМН СССР, а в 1996 году преобразована в самостоятельный НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН

А.Б. Зборовским описаны различные варианты клинического течения ревматических заболеваний, разработан комплекс клинко-инструментальных и иммуно-биохимических методов для ранней и дифференциальной диагностики ревматизма, болезней суставов и диффузных заболеваний соединительной ткани. Предложены и внедрены в клиническую практику оригинальные методы изучения иммунного ответа ревматических больных на антигены коллагенов различных типов, сократительные и регуляторные белки миокарда. Под руководством А.Б. Зборовского осуществлена разработка энзимных методов диагностики ревматических заболеваний, что позволяет не только улучшить их диагностику, но и существенно расширить сведения о метаболических нарушениях при ревматических болезнях.

Ему принадлежат более 900 печатных работ, 17 монографий, 18 патентов и авторских свидетельств на изобретения. Под его руководством подготовлено 17 докторов наук и 127 кандидатов наук.

А.Б. Зборовский был заслуженным деятелем науки РСФСР, академиком РАН. В течение ряда лет А.Б. Зборовский являлся членом редакционных советов ряда централь-

ных медицинских журналов и медицинского журнала Украины, членом редакционной коллегии Европейского журнала ревматологов «Бюллетень ЕУЛАР».

А.Б. Зборовский являлся членом Президиума Российской академии медицинских наук, членом бюро Отделения клинической медицины РАМН, членом ВАК РФ, членом правления Российской медицинской ассоциации, исполкома Российского Пироговского съезда врачей, вице-президентом Российского общества терапевтов, членом президиума Российской ассоциации ревматологов, почетным членом Российского общества терапевтов и Ассоциации ревматологов России, председателем волгоградских филиалов Всероссийских научно-медицинских обществ терапевтов и ревматологов. В течение ряда лет был членом Международного комитета ревматологов, вице-президентом Европейского комитета ревматологов по публикации и образованию, почетным членом Ревматологических лиг Германии и Чехословакии, Международного общества имени Пуркинне.

Награжден медалью «За доблестный труд» (1970), орденами «За заслуги перед Отечеством» III степени (1999), Трудового Красного Знамени (1990), Почета (1995), медалью имени С.П. Боткина, серебряной медалью имени И.П. Павлова, серебряной медалью ВДНХ СССР, золотыми медалями Международной лиги ревматологов и имени Теодора Бругша — координационного комитета Совета медицинских научных обществ Германии. Международные биографические центры США (Северная Каролина) и Великобритании (Кембридж) включили А.Б. Зборовского в число «Влиятельных лидеров мира XX столетия» (1994), он был избран членом «Ордена международного сообщества» (1994) и «Человеком года» (1997). Являлся почетным профессором Нижегородской медицинской академии (2000). За особые заслуги в развитии медицинской науки, профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний Академией медицинских наук Украины был награжден золотой медалью имени профессора Н.Д. Стражеско (2001) Днепропетровской государственной медицинской академией — памятной медалью имени профессора В.Н. Дзяка и дипломом (2001), стал почетным членом Национальной лиги ревматологов Украины и ее Правления (2001).

В 1999 году А.Б. Зборовский избран Почетным гражданином города-героя Волгограда. Александр Борисович Зборовский — человек с мировым масштабом мышления, признанный не только в нашей стране, но и за рубежом, им по праву гордится Россия.

Правление МГНОТ

## ИнтерНьюс

**Ученые обнаружили опасность БАДов с кальцием**

В центре медицинских исследований имени Джонса Хопкинса (США) выяснили, что прием БАДов с кальцием приводит к появлению атеросклеротических бляшек и повышает риск сердечного приступа.

Исследование, опубликованное в журнале Американской ассоциации сердца, стало еще одним аргументом в дискуссии о вреде бесконтрольного употребления БАДов. Ученые из центра медицинских исследований имени Джонса Хопкинса проанализировали данные 2,7 тысяч участников исследования, — одни употребляли БАДы с кальцием, другие получали этот минерал из продуктов питания, в том числе молока, зеленых овощей, зерновых.

«Мы считаем, что организм усваивает кальций в добавках по-другому, — отмечают исследователи. — Поэтому если вы беспокоитесь о ваших костях, лучше получать кальций из продуктов питания». Мнение ученых подтвердили результаты исследования. Они обнаружили, что у людей, принимавших БАДы с кальцием, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний повышался на 22%. А участники исследования, получавшие большое количество кальция из продуктов питания, на 27% реже сталкивались с этими заболеваниями.

<http://doctorpiter.ru/articles/15437/>

**Правительство потребовало доработать законопроект о запрете эбзи-боксов**

Правительство РФ выступило за доработку законопроекта о запрете деятельности по организации анонимного оставления новорожденных детей в эбзи-боксах.

«Законопроект нуждается в существенной доработке до его рассмотрения Госдумой в первом чтении», — говорится в официальном отзыве на него кабинета министров.

Законопроект, подготовленный сенатором Е.Мизулиной, предусматривает запрет на создание эбзи-боксов — специально оборудованных мест в медучреждениях, в которых родители могут анонимно оставлять детей. Нарушителей закона предлагает штрафовать на сумму от 1 до 5 млн руб.

В российском обществе у эбзи-боксов есть убежденные сторонники и непримиримые противники. В числе аргументов «за» называют то, что такие устройства позволяют уменьшить число убийств новорожденных матерями. Оппоненты апеллируют к тому, что это не решит проблемы, однако создаст риски торговли детьми и резкого роста числа отказов от младенцев.

<http://www.interfax.ru/russia/531886>

**Для лечения каких болезней россияне выбирают оригинальные лекарства**

Чаще всего оригинальные лекарственные препараты россияне покупают для лечения урогенитальных заболеваний, рака и для стимуляции иммунитета. Гормональные препараты — самые популярные среди дженериков — их удельный вес в продажах составляет 97,1%.

По данным DSM Group, сегодня продажи дженериков заметно превышают продажи оригинальных лекарств — на них приходится 85,5% потребительского спроса. По итогам 8 месяцев этого года аптеки продали оригинальных препаратов на сумму выше 136 млрд руб., что на 4% ниже, чем за аналогичный период 2015 года. Продажи дженериков за это время составили 239 млрд руб. По данным аналитиков, средневзвешенная стоимость аналога составляет около 110 руб., в то время как стоимость оригинального препарата в 3,5 раза выше — в среднем 370 руб.

«Наибольший удельный вес оригинальных препаратов приходится на ценовой сегмент от 500 рублей и выше и составляет около 58%. Дженерики максимальную долю имеют в сегменте от 150 до 500 рублей (49%). При этом в натуральном выражении генерические препараты в основном представлены в сегменте с ценой ниже 50 руб. (46%)», — отмечает гендиректор DSM Group С.Шуляк. В более чем половине случаев россияне покупают оригинальные лекарства для лечения заболеваний урогенитальных органов, в том числе половые гормоны (доля 54,6%). Также большим доверием пользуются оригинальные противоопухолевые средства и иммуномодуляторы (доля 51,7%).

Дженерики, по сравнению с оригинальными препаратами, чаще выбирают, если необходимы гормональные средства для системного использования (исключая половые гормоны) — 97,1%. Кроме того, более чем в 70% случаев дженерики покупают для лечения заболеваний кожи, нервной системы и паразитарных болезней.

<http://doctorpiter.ru/articles/15487/>

## ИнтерНьюс

### В США одобрено лекарство от тяжелой бактериальной инфекции

Управление по продуктам и лекарствам США (FDA) разрешило к применению безлотоксумаб (bezlotoxumab) — первый препарат, предназначенный для предотвращения рецидивов инфекции, вызываемой бактерией *Clostridium difficile*. Рецидивы случаются в 25—30% случаев; болезнь характеризуется тяжелой, непрекращающейся диареей и, как следствие, повышенным риском летального исхода.

Безлотоксумаб рекомендован как дополнение к терапии антибиотиками — одна инъекция в течение курса лечения. Препарат представляет собой антитела, направленные на нейтрализацию одного из токсинов (токсина В), вырабатываемого бактериями *C. difficile* и провоцирующего заболевание.

Клинические испытания безлотоксумаба завершились в 2015 г. По их результатам, применение препарата снижает вероятность рецидива бактериальной инфекции на 15%. В нем приняли участие 1452 пациента из 19 стран. Все пациенты принимали антибиотики. При этом 403 пациентам была сделана инъекция безлотоксумаба (10 мг/кг), 242 пациентам — инъекция актоксумаба (10 мг/кг), 403 пациента получили комбинацию безлотоксумаба и актоксумаба (по 10 мг/кг). Исследование продолжалось 12 недель.

Выход лекарства на рынок запланирован на I квартал 2017 года. Его разрешено принимать пациентам старше 18 лет, которые прошли лечение антибиотиками и имеют высокий риск рецидива инфекции.

*Clostridium difficile* приводит к развитию псевдомембранозного колита — тяжелого заболевания кишечника, сопровождающегося диареей, интоксикацией и болью в животе. Болезнь поддается лечению антибиотиками, при этом повторное заражение происходит в 25—30% случаев. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), ежегодно этой болезнью заражаются 453 тысячи американцев, каждый год из-за *C. Difficile* умирают 29 300 человек.

<http://www.vademec.ru/news/2016/10/28/v-ssha-odobriilekarstvo-ot-retsidiva-klostridium-defitsilel>

### На создание искусственного сердца ученого вдохновило наблюдение за медузами

Кит Паркер (Kit Parker) из Гарвардского университета решил вырастить в лаборатории сердце, подходящее не для тестирования лекарств, а для трансплантации. Биоинженер утверждает, что на создание такого биоимплантата его вдохновило наблюдение за медузами — он считает, что их передвижение во многом сходно с процессом перекачивания крови сердцем.

Ученый и его коллеги уже соорудили биоробот, для работы которого использовались кардиомиоциты крысы. Клетки сокращались и расслаблялись, благодаря чему робот был способен перекачивать воду. По сути это была упрощенная модель крысиного сердца. Паркер хотел бы, используя аналогичный подход, создать сердце для пересадки человеку. В случае, если для его выращивания будут использоваться клетки пациента, созданный орган не будет отторгаться, а пациентам не придется принимать в течение всей жизни иммуносупрессирующие препараты. Кроме того, стоимость такого сердца будет гораздо ниже, чем у современных искусственных сердец.

Паркер изучил, как расположены мышечные волокна в сердце человека и попытался добиться их расположения сходным образом и в искусственном сердце. Это поможет клеткам работать сообща и сокращаться одновременно. Также исследователи предложили способ создания «сердца-на-чипе» с использованием трехмерной печати. Созданные таким образом органы для пересадки не годятся, но могут использоваться для изучения новых лекарственных препаратов. Эксперименты с использованием таких микросистем смогут стать альтернативой экспериментам на животных. Ученым впервые удалось напечатать «сердце-на-чипе» с интегрированными датчиками. Предложенная авторами технология создания искусственных органов может значительно упростить процесс тестирования лекарств — ученым удалось ускорить и удешевить процесс. Большинство подобных органов не содержат интегрированных датчиков — для того чтобы наблюдать за их работой и анализировать получаемые данные, приходится использовать внешние подключаемые сенсоры.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2016/10/25/863heart/>

## ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 10.02.2016 г.

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

**Секретарь:** А.Б. Зыкова

**Доклад:**

*Доктор медицинских наук,  
профессор Лазебник Леонид Борисович  
(МГМСУ им. А.И. Евдокимова)*

«Я — терапевт ...»

Пройден большой путь, цифры заставляют подвести какие-то итоги, поставить перед всеми нерешенные вопросы, которые не удалось решить, но они будут вечными. Кое-что сделать удалось, я очень благодарен школе, в которой я учился — Первому медицинскому институту — слушая лекции по анатомии в этом зале, факультетской терапевтической клинике, где сформировался. Потом в московском здравоохранении проработал и, конечно же, 20 лет работы в должности главного терапевта г.Москвы во многом изменили мировоззрение, видение проблем, отношение с коллегами. У меня были очень хорошие учителя, я их благодарю. Сформировалось такое отношение к коллегам, что мы должны друг другу помогать и поддерживать. Каждый из нас имеет право на ошибку, но есть один принцип, принцип российской медицины: все для больного. Но сейчас это, к сожалению, меняется, я не хочу сказать, что это, наверное, возраст, потому что раньше и деревья были большие, но все-таки то, что происходит сейчас, это не совсем правильно.

Давайте попробуем вернуться к тому, что есть. Я отстаиваю свою жизненную позицию и право на эту профессию, потому что некоторые руководители здравоохранения, случайно попавшие на эту должность, считают, что такой специальности нет. Я попытался проанализировать «А почему они так говорят?» и понял, что мысли не напрасны: «А мы вообще кто? Кто такой терапевт?»

Итак, терапия — это по-гречески лечение, терапевты — врачеватели. В современном понятии терапевт — это врач-специалист по заболеваниям внутренних органов. Лечит фармакологическими препаратами без инструментального вмешательства. А что же было позавчера? А позавчера был великий врач, который определил всю современную медицину 2000 лет назад. Это был Гиппократ. Сейчас молодые специалисты не умеют разговаривать с больными, шупать, слушать. А Гиппократ тогда сформулировал: «просмотр тела — целое дело, это требует зрения, слуха, обоняния, осязания, языка, знаний и рассуждений». Терапевтом был Иисус, потому что, как сказано в Евангелие: «И ходил Иисус, исцеляя всякую болезнь и всякую немощь в людях, и приходили к нему все немощные, одержимые различными болезнями и припадками».

Проходят сотни лет. Случается научно-техническая революция, русских врачей отправляют учиться в Германию, они там защищают диссертации. И вот доктор Данилевский защитил диссертацию, по своему названию весьма актуальную для нашего времени, — «Исцеление болезней, искоренение их причин следует искать не от врачей-аптекарей, а только от государственной власти».

Ну и, конечно, Сергей Петрович Боткин, его новейшие методы исследования и клинические разборы больных, посмертное подтверждение диагноза. А дальше началось наступление техники и технологий. Произошла вторая научно-техническая революция, техника двинулась вперед. Появился электрокардиограф, рентгенограф. Начиная с середины XIX века, начинает развиваться раздирающая терапия узкая специализация. Теряется искусство познания больного, а вместе него приходит автоматизированная диагностика нозологических форм. Почти утеряно умение системно оценивать целостное состояние организма, традиционные принципы лечения больного почти не существуют.

Сейчас в нашем здравоохранении происходит следующее. Всеми постсоветскими странами был подписан контракт с Всемирным Банком Реконструкции и Развития по реорганизации здравоохранения. Происходит монетизация льгот, переход на одноканальное финансирование, реорганизация бюджетных больниц, закрытие малопроизводительных ЛПУ и сокращение персонала.

И все-таки вернемся к терапии. Почему же у нас возникают проблемы?! Потому что нормативной документации в этой специальности нет, нет должностных прав врача-терапевта. По заданию Министерства труда и Национальной медицинской палаты создали документ, который определяет обязанности врача-терапевта. Во всяком случае, мы знаем, что можем делать, а что — нет. Например, терапевт не имеет права ничего назначить пациенту с патологией органов кровообращения или пищеварения пока его не посмотрит кардиолог или гастроэнтеролог.

Потом была такая ситуация, что составлялись стандарты по скорой медицинской помощи. Пригласили всех главных специалистов города и каждый писал свой раздел. Их писали по нозологическим формам, по МКБ. А терапевту, оказалось, и писать нечего.

Таким образом, врач, осуществляющий творческий процесс диагностики и лечения, является работником определенной медицинской специализации, работающий по стан-

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

дартам. Но все забыли, что стандарты — это документ, регламентирующий оказание минимальной лечебно-диагностической помощи.

Вот то, что мы имеем сейчас, и что будет. Пациент сам по себе бежит, а доктор стоит рядом с таблеткой. Есть такая машина, там есть вопросы, ответы, диагнозы, лечение. Не нужно пациента шупать, слушать, смотреть, расспрашивать, все там есть, все машина подскажет. Сейчас у нас преобладает самолечение от безысходности, но необходимо грамотное самолечение, грамотное умение оказать себе помощь. Врачебная помощь дорогая во всем мире. Дальше развиваются и будут развиваться технологии самоконтроля, технологии, согласно которым информация непосредственно от больного будет поступать в обрабатывающие call-центры. И это неизбежно. Показатели тонометра, пульсоксиметра, лейкометра, анализатора выделений можно передать на расстоянии, нет необходимости записывать данные. Раньше были школы для обучения пациентов самолечению, сейчас такие школы будут развиваться. Далее будет персонализированная медицина. Становится возможной персонализация лечения артериальной гипертонии, атерогенной дислипидемии, болезни Альцгеймера.

**Вопрос:** Каким Вы видите будущее у специальности «патологоанатом»?

**Ответ:** Я полагаю, что сейчас без нее невозможно. Вот этот нелепый закон, что по религиозным соображениям родственники могут отказаться от вскрытия, нанес чудовищный вред. Потому что нужно видеть. Замечательно было написано по латыни: «Здесь мертвые учат жизни живых».

## ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 24.02.2016 г.

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

**Секретарь:** А.Б. Зыкова

**Доклад:**

*Руководитель клиничко-диагностического отдела,  
д-р мед. наук, профессор, член-корр. РАЕН М.Л. Зубкин  
(МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского);  
главный терапевт Министерства Обороны РФ,  
начальник кафедры терапии неотложных состояний,  
д-р мед. наук, профессор Ю.В. Овчинников;  
канд. мед. наук, доцент В.И. Червинко  
(Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова)*

«Роль хронической HCV-инфекции  
в клинике внутренних болезней»

В последние годы сложилось отчетливое представление о целой группе заболеваний, с большей или меньшей вероятностью, но безусловно ассоциированных с персистирующим в организме человека вирусом гепатита С. Эти проявления сегодня разделяют на печеночные и непеченочные. К печеночным проявлениям относят сам гепатит С, его осложнения. А вот непеченочные проявления — это смешанная криоглобулинемия, криоглобулинемический васкулит, моноклональные гаммапатии, поздняя кожная порфирия, гломерулонефриты, сахарный диабет типа 2 и др.

HCV-синдром — это комплекс клиничко-патологических состояний, связанных с хронической HCV-инфекцией, развивающейся последовательно под влиянием различных факторов. Естественное течение HCV-синдрома характеризуется постепенным прогрессированием первоначально легких к системным, иммуноопосредованным расстройствам. На сегодняшний день естественное течение HCV-синдрома представляется следующим образом. Эпидемиологический фактор вируса гепатита С, при котором зачастую развивается хронический гепатит, при длительном его течении возможно развитие хорошо известных печеночных осложнений, цирроза. Параллельно возможно появление аутоиммунных реакций и лимфолиферации. Таким образом, на сегодняшний день хроническая HCV-инфекция представляет собой сочетание трех патологических процессов: основной инфекционный, аутоиммунный и лимфолиферация.

Как известно, вирус гепатита С обладает лимфотропностью. Оказалось, что у больных со смешанной криоглобулинемией — у 80—90% — определяется вирус гепатита С. А среди лиц, инфицированных вирусом гепатита С, почти у половины выявляется криоглобулинемия. К счастью, криоглобулинемический васкулит встречается реже — у 5—10% больных. Причиной такого развития событий становится, в первую очередь, длительное персистирующее вирусное гепатита С в организме и почти постоянная стимуляция В-лимфоцитов.

Если говорить об особенностях вируса, то оказалось, что развитие криоглобулинемии и развитие неходжкинских лимфом связано с вторым фенотипом вируса, по крайней мере несколько работ показали важность второго фенотипа в развитии этих процессов. Было показано, что аутоиммунный процесс хронической HCV-инфекции чаще встречается в южных регионах земного шара. В частности, если сравнивать частоту развития аутоиммунного процесса и

КОНФЕРЕНЦИИ

## Отчет о проведении XXI Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни»

3–4 октября 2016 г. прошла XXI Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни». Очное участие в конференции приняло более 500 человек, впервые шла трансляция заседаний в Интернете. Эта трансляция оказалась востребованной, так как те, кто смотрел ее в прямом эфире, даже задавали вопросы по телефону. В заседаниях участвовали врачи и медицинские сестры из Архангельска, Екатеринбург, Красноярск, Курска, Москвы, Нижнего Новгорода, Санкт-Петербурга, Саратова, Хабаровска, Казахстана (Алма-Ата, Астана), Венгрии Швейцарии, с Кипра.

На 19 заседаниях в общей сложности было сделано 127 выступлений. Темы нашей конференции традиционны: гематология и гастроэнтерология, неврология и кардиология, ревматология и пульмонология, фундаментальная гериатрия и хирургия у пожилых, сестринские технологии и ИТ. Пожалуй, последняя тема стала занимать все большее место на конференции.

В журнале «Клиническая геронтология» были опубликованы материалы конференции в виде 57 статей и 95 тезисов. Некоторые выступления позже будут опубликованы в нашей газете «Вестник МГНТ».

*М. Нерсисян*



Начало на стр. 4

хроническую HCV-инфекцию в Великобритании, то оказывается, что она существенно реже встречается, чем в Южной Италии.

На сегодняшний день мы знаем, что клиническая палитра этого заболевания оказывается многообразной и яркой. Астения, пальпируемая геморрагическая пурпура — это самые частые проявления криоглобулинемического васкулита. Но достаточно часто, около 40% случаев, развиваются гломерулонефрит, геморрагический васкулит, артериальная гипертензия, синдром Рейно, кожные язвы, но, к сожалению, бывают и очень тяжелые случаи криоглобулинемического васкулита. При нем возникает поражение миокарда, легких, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы.

В настоящее время разработаны алгоритмы лечения различных проявлений криоглобулинемического васкулита. В легких и среднетяжелых случаях достаточно применять противовирусную терапию — это алгоритмы, опубликованные в конце 2015 — начале 2016 г. Тяжелые проявления криоглобулинемического васкулита, когда имеется поражение почек, тяжелые кожные проявления с некрозами, рекомендуется лечить первоначально ритуксимабом, затем противовирусной терапией. И, наконец, при наиболее тяжелых проявлениях рекомендуется лечение с использованием иммуносупрессивных препаратов, стероидов, иногда цитостатиков, плазмафереза, ритуксимаба и на последнем этапе — противовирусных препаратов.

Неходжкинские лимфомы в условиях хронической HCV-инфекции возникают уже на фоне криоглобулинемии. Но отмечены случаи возникновения неходжкинской лимфомы в связи с HCV-инфекцией, минуя этап криоглобулинемии. Наиболее частыми вариантами неходжкинской лимфомы, ассоциированной с хронической HCV-инфекцией, являются лимфома мантийной зоны, лимфома плазмодифференцированной лимфомы и диффузная В-клеточная лимфома. В последние годы в литературе опубликовались результаты лечения неходжкинских лимфом с помощью противовирусной терапии. Например, в совсем недавно опубликованной работе у 14 пациентов с неходжкинской лимфомой противовирусная терапия применялась в качестве первой линии терапии. У 11 пациентов был достигнут устойчивый вирусологический ответ. Устойчивый вирусологический ответ при лечении гепатита С — отсутствие вируса через 24 недели после прекращения лечения, и на сегодняшний день 99% излечения пациентов от хронической HCV-инфекции. Развитие устойчивого вирусологического ответа привело в 8 случаях к полной ремиссии неходжкинской лимфомы, в 3% — к частичной ремиссии заболевания.

Сегодня появляется много работ, посвященных связи хронической HCV-инфекции с другой патологией, в частности с эндокринной патологией. Например, в одной работе на протяжении 9 лет наблюдения за больными с хронической HCV-инфекцией было показано, что в 11 раз воз-

растает риск сахарного диабета типа 2 у инфицированных по сравнению с неинфицированными.

На сегодняшний день есть единая точка зрения, что хроническая HCV-инфекция ухудшает результаты, снижает выживаемость у пациентов, получающих лечение гемодиализом. Точно также HCV-инфекция ухудшает результаты трансплантации почки.

Учитывая такое влияние хронической HCV-инфекции, высоко актуальны подходы к лечению этого заболевания. На рубеже 2014–2015 г. произошел прорыв, когда на смену интерфероновой терапии пришли новые противовирусные препараты прямого противовирусного действия: это ингибиторы протеаз, ингибиторы белка NS5B. Они бывают нуклеозидные и нуклеозидные. Преимущество новых препаратов противовирусного действия в существенно возрастающей эффективности. Эффективность лечения достигает сейчас 90, а то и 100%. Они высоко безопасны, хорошо переносятся, существенно уменьшилась продолжительность терапии, они удобны. Существует возможность применения при более тяжелых стадиях поражения печени и почек, отсутствует риск обострения аутоиммунных заболеваний.

Появились и новые рекомендации по лечению хронического гепатита С — это рекомендации Европейской и Американской ассоциаций по изучению печени. На сегодняшний день считается, что противовирусное лечение рекомендуется всем пациентам с хронической HCV-инфекцией, за исключением лиц с ожидаемой короткой продолжительностью жизни вследствие внепеченочных причин. То есть лечить в наше время фактически желательны все, однако и те, и другие рекомендации выделяют наиболее приоритетные группы для проведения процедуры терапии. К группе наивысшего приоритета относятся пациенты с выраженным фиброзом, с компенсированным и декомпенсированным циррозом печени. А также пациенты с внепеченочными проявлениями инфекции: криоглобулинемия, неходжкинская лимфома, пациенты после трансплантации органов, в том числе почки. Опыт применения новых противовирусных препаратов у пациентов с непеченочными проявлениями хронической HCV-инфекции пока небольшой. Было проведено исследование японских авторов, которые посмотрели результаты лечения хронического гепатита С у пациентов, получающих гемодиализ и использующих новые противовирусные препараты в течение 24 недель. Был набран 21 пациент, все с I фенотипом вируса, причем у 4 из 7 больных были проявления цирроза печени. Устойчивый вирусологический ответ достигнут в 95,5% пациентов.

**Вопрос:** Насколько проблема распространения HCV-инфекции и ее внепеченочных поражений актуальна для Российской Федерации?

**Ответ:** Насчет внепеченочных проявлений — у меня таких данных нет, единственно, что известно о проблеме замещающей почечной терапии, но благодаря новым методам профилактики, проведения гемодиализа частота инфицирования снижается.

## ИнтерНьюс

### Бременем смерть поправ

Жить долго в России удается все лучше. По данным исследования «Глобальное бремя болезней», за последние десять лет ожидаемая продолжительность жизни женщин в России выросла на 4,4 года, до 76,6 года, мужчин — на 6,6 года, до 65,3 года. Ребенок, родившийся в РФ в 2015 году, в среднем может прожить до 71 года, тогда как его родители, появившиеся на свет в 1990 году, проживут в среднем 69 лет. Вырос и срок жизни без болезней в РФ — на 3,6 года для женщин и на 5,5 года для мужчин.

Продолжительность жизни россиян за последние 25 лет выросла, хотя по-прежнему отстает от среднемировой, констатирует исследование, опираясь на работу более чем 1,8 тыс. ученых почти из 130 стран.

Наиболее частой причиной смерти в РФ является ишемическая болезнь сердца (32,3% от всех смертей) — в 2015 году от нее скончались 650 711 человек. Второй и третьей из главных причин были также болезни системы кровообращения (18,9%) — ишемический инсульт и геморрагический инсульт, от которых скончались 284 249 и 96 741 человек соответственно, на четвертом месте — болезнь Альцгеймера (2,9%), на пятом — рак легких (2,8%).

«Рейтинг 11 основных причин смерти с 2010 по 2015 год совсем не изменился, несмотря на то что уровень смертности в целом в России снизился», — говорит Сергей Ермаков, главный научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения РАН. Ранее «Ъ» писал о причинах смертности среди молодежи: по данным исследования за 2013 год, это травмы в результате ДТП, утопление и насилие.

Вместе с ростом продолжительности жизни выросла продолжительность здоровой жизни в России. За последние 10 лет этот показатель увеличился для женщин на 3,6 года и составляет 66 лет, для мужчин — на 5,5 года, до 57,7 года. Мировой показатель здоровой жизни за последние 25 лет для женщин вырос на 3,5 года — до 65 лет (что на год отстает от российского показателя для женщин), а для мужчин — на 3 года, до 61 года.

Нарушения здоровья, приводящие к смерти, отличаются от болезней, ухудшающих качество жизни граждан. Так, в 2015 году наиболее частыми причинами потери здоровья, не приведшими к смерти, в РФ были боли в нижней части спины (15,4% всех случаев), потеря слуха (9,8%) и депрессивные расстройства (6,8%). На четвертом месте в списке причин утраты здоровья находятся железодефицитная анемия (5,6%) и кожные болезни (4,2%). В списке факторов риска, с наибольшей вероятностью ведущих к потере здоровья, в 2015 году были высокое артериальное давление (20,5% всех случаев), употребление алкоголя (12,4%), курение (11,9%), высокий показатель общего холестерина (11%) и высокий индекс массы тела, ИМТ (10,9%).

Продолжительность жизни в РФ на первый взгляд сопоставима со среднемировой — она с 1990 по 2015 г. увеличилась с 65,3 года почти до 72 (в том числе из-за существенного снижения показателей смертности от ВИЧ/СПИД в ряде африканских стран). Однако в США в 2015 году продолжительность жизни составляла 79 лет, в Великобритании — 81 год, в Испании — 83 года, что на десятилетие выше российского значения. При этом в 1990 году российский показатель несколько превосходил мировой (69,1 года против 65,3 года). Однако в большинстве стран в течение следующих 20 лет возраст смерти постоянно увеличивался, а в РФ после 1990 года начал падать — в 2005 году мужчины жили на 6 лет, а женщины на 3 года меньше. В итоге в мировом списке с 1990 по 2013 год РФ опустилась на 20 позиций (в 1990 году — 88 место, между Сирией и Тринидадом и Тобаго), заняв три года назад 108 место (между Ираком и Северной Кореей).

«По объему смертей на 100 000 населения от сердечно-сосудистых заболеваний, самоубийств и убийств, неврологических болезней, ненамеренных травм и циррозов мы в разы отстаем от Западной Европы и существенно от стран Центральной Европы. Впрочем, по самоубийствам, убийствам и ненамеренным травмам с 2010 года у нас весьма значительно сократился уровень смертности — на 11,6% и 16% соответственно», — говорит господин Ермаков.

<http://www.kommersant.ru/doc/3111691>

## ИнтерНьюс

### Ученые выяснили, что здоровый образ жизни не всегда ведет к долголетию

Преждевременное старение заложено у некоторых людей в генах, поэтому им не поможет даже правильное питание, занятия спортом и отказ от вредных привычек, пишет The Guardian со ссылкой на специалистов из Калифорнийского университета.

Ученые проанализировали ДНК 13 тысяч добровольцев из Европы и США и обнаружили, что у 5% участников эксперимента риск преждевременной смерти на 50% выше нормы. Исследователи пришли к такому выводу, определив биологический возраст испытуемых с помощью метилирования ДНК — фактора, оказывающего воздействие на экспрессию гена, который, в свою очередь, влияет на старение.

По словам ученых, у 60-летнего мужчины, подверженного ускоренному старению, вероятность преждевременной смерти на 15% выше, чем у его курящего ровесника, не попадающего в указанные выше 5%.

Исследователи выразили надежду, что их исследование поможет найти способ замедлить скорость старения. «Это важная веха для реализации этой мечты», — отметил ученый Стив Хорват.

<https://ria.ru/science/20161001/1478305682.html>

### Новосибирские ученые пробуют лечить рак с помощью победившего оспу вируса

Новосибирские ученые изучают действие вируса осповакцины на раковые клетки. Эксперименты на лабораторных мышах показали, что генетически измененный вирус способен не только победить онкологию, но и практически без следа «иссушить» саму опухоль.

«Когда была программа по ликвидации оспы, именно вирус осповакцины применяли для вакцинации. Соответственно сейчас хорошо известно, как этот агент себя ведет в организме человека, и есть массив знаний, который позволит ликвидировать побочные эффекты от терапии, если они возникнут», — приводит слова аспирантки Института химической биологии и фундаментальной медицины (ИХБФМ) СО РАН Анастасии Юнусовой официальное издание СО РАН «Наука в Сибири». Она добавила, что вирус осповакцины обладает специфической способностью размножаться в опухолевых клетках, поэтому и появилась идея о том, что их можно применять в терапии онкологических заболеваний.

Свои исследования лаборатория ИХБФМ СО РАН проводит совместно с коллегами из Государственного научного центра вирусологии и биотехнологии (ГНЦ ВБ) «Вектор» — одного из двух центров в мире, где хранится вирус натуральной оспы. Важно, что ученым нужен именно живой вирус осповакцины, но исходный штамм для терапии не годится — он должен быть ослаблен. Этого добиваются методами молекулярной биологии за счет удаления из генома вируса некоторых генов, что уменьшает вероятность размножения агента в нормальных клетках и повышает специфичность к опухолевым клеткам.

Появилась идея генетически модифицировать вирус таким образом, чтобы в его геноме содержался ген белка (апоптин), запускающего апоптоз (клеточное «самоубийство»). Это наиболее предпочтительный для использования в терапии путь гибели клетки, поскольку при этом не развивается воспалительный процесс.

«Эффект вируса, продуцирующего апоптин, мы изучали на мышах, которым прививали опухоль человека, и убедились: вирус, экспрессирующий апоптин, по сравнению с тем, что таким свойством не обладает, но тоже оказывает онколитическое действие, предпочтителен, поскольку приводит к деструкции опухолевых клеток и к «усыханию» опухоли», — объяснила Юнусова.

Она сообщила, что исследования проводились на двух группах лабораторных мышей. В первой мышью лечили с помощью неизмененного вируса, а во второй — вирусом, экспрессирующим апоптин. У первой группы опухоли быстро разрушались, но оставался клеточный детрит на месте злокачественного новообразования, наблюдались следы отека и полости, заполненные жидкостью. У второй группы мышью таких эффектов не было, опухоль «усыхала», а на 55-й день практически исчезла, оставив лишь небольшой шрам. Несмотря на впечатляющие итоги эксперимента, переходить к доклиническим испытаниям исследователи планируют лишь после того, как до конца разберутся во всех механизмах действия вируса.

<http://tass.ru/sibir-news/3740880>

## ИСТОРИЧЕСКИЕ ХРОНИКИ

Культура употребления спиртных напитков в нашей стране уходит корнями в глубокое прошлое, там же мы обнаруживаем и следы злоупотребления алкоголем. Медовуха, брага, пиво были традиционными для России, однако меру знали.

Принято относить начало распространения пьянства в широких масштабах ко времени Ивана Грозного, когда была введена государственная монополия и открыты «государевы кабаки». Способствовал распространению пьянства быт значительной части населения России. Впоследствии государство активно испытывало возможности алкогольного производства, наполняя казну до краев, в то же время, получая крайне негативное социальное явление — алкоголизм. За несколько столетий Россия накопила богатейший опыт обнищания, причиной которого стал алкоголь, детского пьянства и женского алкоголизма.

Чрезмерное питье спиртных напитков, приносившее вред здоровью пьющего и окружающим, критиковалось всегда, а вот запрещающие эффективные меры пришли позже. Впервые с пьянством стали бороться в Древнем Китае и достигнутые врасплох во время попойки подлежали казни. В Древней Греции была учреждена специальная должность чиновника, которому вменялось в обязанность препятствовать посещению питейных заведений. В Древнем Риме был введен возрастной ценз на употребление спиртных напитков, до 30 лет.

Издурье пытались и лечить алкоголиков. Для этого некоторые «ученые» предлагали использовать «философский камень». Были и другие мнения, в частности пьянство расценивали по опасности сродни чуме, а способы лечения заключались в немедленном лишении алкоголя, введении диетического питания и вызывания рвоты при отравлении.

Но по большей части практиковались жесткие организационные меры борьбы — от ограничения свободы и принудительного лечения до введения «сухого закона», что, впрочем, доказывало обратный эффект.

Мало действенными оказались различные патентованные средства от алкоголизма, которые были в большей степени угрозой семейным бюджетам.

На научном уровне борьба с алкоголизмом началась в 19 веке. Впервые термин «алкоголизм» был применен в 1849 году шведским врачом и общественным деятелем М.Гуссом для обозначения совокупности болезненных изменений, происходящих в организме под влиянием употребления спиртных напитков.

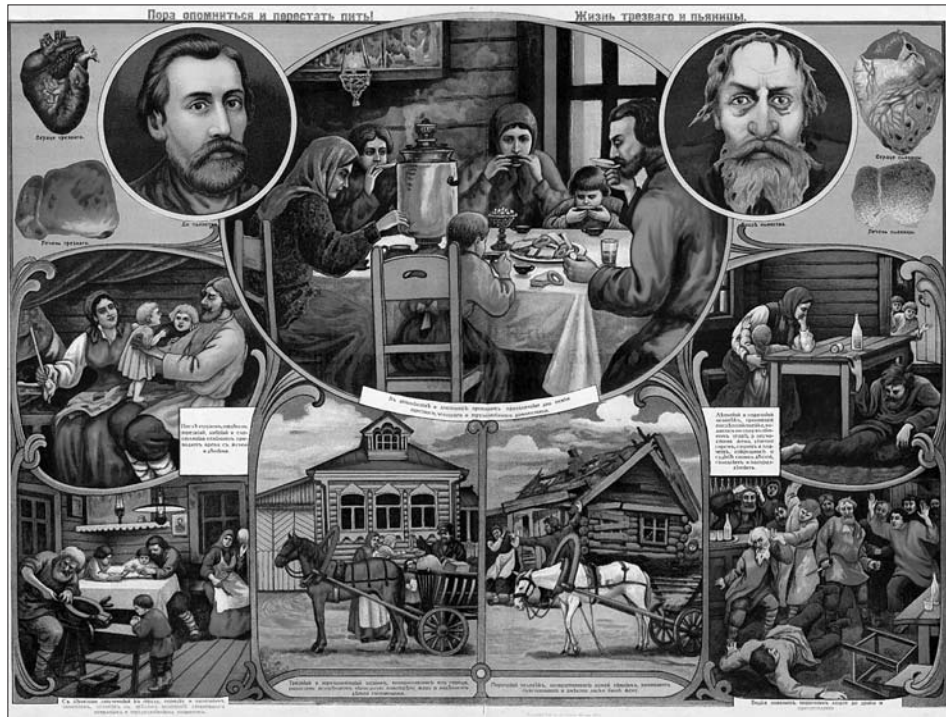
На 11-м Пироговском съезде русских врачей в 1915 году приняли следующую резолюцию: «...нет ни одного органа в человеческом теле, который бы не подвергался разрушительному действию алкоголя; алкоголь не обладает ни одним таким действием, которое не могло бы быть достигнуто другим лечебным средством, действующим полезнее, безопаснее и надежнее; нет такого болезненного состояния, при котором необходимо назначать алкоголь на сколько-нибудь продолжительное время».

Одним из тех, кто вел активную борьбу с алкоголизмом, оставаясь на научном фундаменте, был выдающийся оте-

чественный психиатр и общественный деятель, академик Владимир Михайлович Бехтерев. Он таким образом охарактеризовал психологические причины пьянства: «Все дело в том, что пьянство является вековым злом, оно пустило глу-

## История алкоголизма и борьбы с алкоголизмом в России

с сайта [http://hroniki.org/articles/potreblenie\\_alkogolja\\_v\\_rossii](http://hroniki.org/articles/potreblenie_alkogolja_v_rossii)



бокие корни в нашем быту и породило целую систему диких питейных обычаев. Эти обычаи требуют питья и угощения при всяком случае...»

Впервые термин «алкоголизм» был применен в 1849 году шведским врачом и общественным деятелем М. Гуссом для обозначения совокупности болезненных изменений, происходящих в организме под влиянием употребления спиртных напитков.

Вклад В.М. Бехтерева заключался в том, что он впервые поднял вопросы профилактики алкоголизма и предложил теоретически и практически обоснованную схему комплексного лечения этой болезни.

Вклад В.М. Бехтерева заключался в том, что он впервые поднял вопросы профилактики алкоголизма и предложил теоретически и практически обоснованную схему комплексного лечения этой болезни.

ны теоретические предпосылки для дальнейшего изучения патогенеза и клиники алкоголизма, а для практического их воплощения — организован в 1911 г. Противоалкогольный институт, деятельность которого была крайне недолгой.

В последние десятилетия созданная в предвоенные годы система амбулаторной и стационарной помощи больным алкоголизмом, вначале в рамках психиатрической, а затем самостоятельной службы оказалась во многом разрушена, и государство только начинает создавать новую модель профилактики и борьбы с алкоголизмом.

От редакции: Русские — генетически неоднородная национальность. Среди наших людей много имеющих финно-угорские корни. А у них низкий уровень алкогольдегидрогеназы, и они легко стиваются, становятся зависимыми от алкоголя. Нельзя всех мерить одним аршином: южные народы алкоголь-устойчивы, северные — наоборот. И нужны соответствующие программы, например, на северах прекрасно работает сухой закон и пропаганда. Финны избавились от тяжелых алкогольных проблем целой серией мер. Но мы так не умеем.

## КОНФЕРЕНЦИИ

Команда Московского городского научного общества терапевтов приняла участие в конференции «Серебряный возраст», проходившей 8–9 сентября 2016 года в г. Архангельск.

## ВПЕЧАТЛЕНИЯ МОСКОВСКОГО АСПИРАНТА

Конференция была посвящена проблемам пожилых людей, проживающих в том числе в условиях Приполярья, организованная сотрудниками Северного государственного медицинского университета. Главным двигателем была профессор Воробьева Надежда Александровна, заведующая кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии Северного медицинского университета. Она открыла конференцию интересным роликом, подготовленным ее ординаторами. В ролике была сделана подборка ответов студен-

тов, преподавателей среднего возраста и представителей «серебряного возраста». Вопрос, который им задавался, был простой — «Какой вы видите свою старость?». Молодые рассуждали на тему одиночества и финансового обеспечения старости, люди среднего возраста акцентировали внимание на опасении стать обузой родным и обществу, представители же серебряного возраста опасались лишь

одиночества. Ролик тронул до глубины души, и восприятие всей последующей информации было совершенно иным.

На конференции было сделано более 60 сообщений. Обсуждались различные аспекты гериатрической помощи, сильные и слабые стороны существующих федеральных законов и приказов. Были доложены результаты большого числа исследований, проводимых кафедрами Северного

Продолжение на стр. 7 ↗

Стенокардия и инфаркт миокарда могут быть не только результатом стеноза и тромбоза коронарного сосуда. Эта истина хрестоматийная. Она описана в учебниках, по которым еще я учился около 40 лет тому назад. Фактически болевой синдром является следствием острой гипоксии, которая возникает при повышении потребности сердечной мышцы в кислороде или снижении его доставки по тем или иным причинам. Ответом на локальную гипоксию является, в частности, активация свертывания крови и локальный (в зоне микроциркуляции) или распространенный тромбоз (относительно крупного сосуда). В последнем случае, если тромб не растворяется, формируется некроз части миокарда — инфаркт. А если растворяется (сам по себе редко, а вот при действии активаторов фибринолиза или при механическом разрушении при стентировании) — то не очень ясна нозологическая принадлежность. Именно

**Острый коронарный синдром — набор признаков обострения стенокардии или инфаркта миокарда, пока диагноз последнего не верифицирован биохимическими маркерами.**

разным. Вообще, мне кажется, показания к стентированию сейчас неоправданно расширены. Связано это, не в последнюю очередь, с необходимостью больницам «зарабатывать».

Биохимические маркеры инфаркта миокарда оказались в пределах нормальных величин, нормален и холестерин, и уровень билирубина. Однако внезапно у больного оказался низкий гемоглобин — 77 г/л. Уровень эритроцитов —  $2,25 \times 10^{12}/л$ , тромбоцитов —  $102 \times 10^9/л$ , лейкоцитов —  $1,3 \times 10^9/л$ . Средний объем эритроцитов 103 мкм<sup>3</sup> (норма 80—100), среднее содержание гемоглобина в эритроците (МСН) — 34,2 пг (норма 27—35), средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах (МСНС) — 333 г/л (норма 320—360). Сегментоядерные нейтрофилы — 26% или  $0,377 \times 10^9/л$  (норма 2,04—5,8). Снижено и абсолютное содержание других лейкоцитов. Реакция оседания эритроцитов по Вастергену 9 мм при норме 2—15 мм/час.

Современные аппараты — анализаторы крови — плохо различают норму и патологию. Впрочем, благодаря созданной в нашей больнице системе менеджмента качества лабораторной службы, которая включает как преаналитический, аналитический, так и постаналитический период, «патологические» препараты крови обязательно пересматриваются глазами под микроскопом. Почему? Аппарат различает клетки крови не по их структуре, а по размеру: стоят фильтры с разной порозностью и то, что в поры эти проходит, считается как частицы, несущиеся вдоль датчика. Но тромбоциты, например, могут спонтанно агрегировать, и их конгломераты датчик будет расценивать как лейкоциты. И, наоборот, blastные клетки, патологические лейкоциты могут быть настолько мелкими, что датчик будет воспринимать их как эритроциты.

В моей практике такой случай был несколько лет назад: лейкоцитов в автоматически полученном анализе было очень мало (да врач не обратил на это внимание, а в лаборатории отнесли к этому халатно), а потом, через неделю, пересмотрели на стекле клетки, и оказалось, что лейкоцитов много, но все они — 95% — мелкие бласты. Тогда мы успели поставить диагноз, но время, отпущенное на начало лечения, было упущено. Поэтому рассуждения эти не праздные: всегда нужно пересчитывать глазами все патологические изменения в крови, выявленные автоматическим анализатором. Об этом, кстати, говорится во всех инструкциях и руководствах: анализаторы хороши как метод скрининга, массового исследования, но не как метод диагностики при патологии крови.

Хотя в анализируемом случае и был произведен пересчет числа лейкоцитов и тромбоцитов, но, к сожалению, не была описана картина лейкоцитов. Мне не хватает для окончательного диагноза всего нескольких морфологических симптомов: гиперсегментации ядер нейтрофилов (вместо 2—3 сегментов в норме, а именно из-за этого клетки называются сегментоядерными, должно быть 4—5—6 сегментов) и базофильной пигментации эритроцитов, этакого мелкого горошка в светлой цитоплазме. А люди, этих описаний нет. Надо идти в лабораторию, пересматривать самому стекла. Однако больной поступил накануне, исследования выпол-

Продолжение на стр. 8 ➔

## КАЗУС: некоронарогенный острый коронарный синдром — ? и чем дело закончилось ?

поэтому все чаще используется транспортный, ситуационный диагноз «острый коронарный синдром». Хотя с точки зрения МКБ 10 такой болезни нет.

Острый коронарный синдром — набор признаков обострения стенокардии или инфаркта миокарда, пока диагноз последнего не верифицирован биохимическими маркерами. Картина ЭКГ не всегда позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз острого инфаркта миокарда.

Потому как больной приходит с одними, часто классическими жалобами, а оказывается у него совсем другое заболевание. И хотя вскользь во всех учебниках, через запятую, упоминается этот симптомокомплекс, каждый врач, сталкиваясь впервые с такой ситуацией, удивляется.

Больной 68 лет, работает заместителем директора какой-то организации. Лето в основном проводит на даче. Курит по пачке в день, страдает много лет нетяжелой гипертонией. К врачам последние годы не обращался, анализов и электрокардиограмм не делал. Крепкий, загорелый, худощавый мужчина среднего роста.

**Вообще, мне кажется, показания к стентированию сейчас неоправданно расширены. Связано это, не в последнюю очередь, с необходимостью больницам «зарабатывать».**

Последние месяца 3 отмечает нарастающую стенокардию: раньше чувство забитого за грудину кола появлялось при дистанции примерно метров в 300. Остановка на 2—3 минуты приводила к исчезновению боли. Нитроглицерин не использовал. В октябре дистанция ходьбы без боли снизилась до 50 метров. Пришла, наконец, мысль обратиться к врачам. В приемном отделении был расценен как больной с нестабильной стенокардией. На ЭКГ признаков инфаркта миокарда не выявлено, хотя какие-то «ишемические» изменения имели место быть. Они касались зубца Т. Поскольку динамика ЭКГ не было, то было решено обследовать пациента в условиях терапевтического отделения. Стентирование в данном случае — и правильно — сочли нецелесооб-

Начало на стр. 6 ➔

медицинского университета, а также приглашенными представителями ВУЗов Карелии, Бурятии, Санкт-Петербурга, Москвы и других регионов России. На секциях проблемы пожилого возраста обсуждались с разных сторон: клинических, социальных, экономических.

Мы привезли с собой доклад о первых результатах нашего проекта MeDiCase в республике Карелия в 2014—2016 годах. Сообщение и представление проекта вызвало живой интерес у участников конференции. Было много вопросов и обсуждений. Не все сразу воспринимают концепцию парамедиков — уполномоченных домашних хозяйств, которые становятся руками и ушами врача, находящегося на своем рабочем месте за многие километры от них.

Конференция прошла на очень хорошем уровне. Общее число участников достигало 650—700 человек. Что немало важно — в конференции принимали участие студенты и молодые специалисты.

В Архангельской области Минздрав и Министерство труда социальной защиты разделены на две отдельные структуры. Нам представляется это негативным фактором для развития гериатрии, так как гериатрическая помощь междисциплинарна и включает в себя и социальные, и медицинские стороны. Организаторам конференции уда-

лось собрать вместе представителей этих министерств и организовать диалог.

В Москве мне удается посещать множество медицинских конференций. Там докладываются результаты большого числа научных исследований, но в основном все они ориентированы на конкурентную борьбу различных медицинских технологий. Услышать в Москве о работах, которые проводят институты, изучающие не только препараты, но и патогенез, крайне сложно. Большинство той информации, которой нас учили в институте, было открыто давно. Где современная наука? Не бизнес, а наука? На уровне разговоров я встречаю много различных исследовательских работ, но на конференциях послушать такой доклад — большая редкость. Тут же был просто концентрат свежей интересной информации, не затуманенной маркетинговой активностью. Тут были самые разные представители гериатрии, в том числе психологи. А люди! Все приветливы и готовы к общению. Удалось пообщаться и с профессорами, ректором, сотрудниками Минздрава и даже Министром социального развития.

Два дня пролетели незаметно, и мы снова возвращаемся в нашу шумную бурлящую Москву. Надеюсь, в следующем году будет возможность снова посетить эту конференцию.

А. Воробьев

## ИнтерНьюс

**В Европе кризис морали: эвтаназия психически больных**

На самом деле — это немыслимо: эвтаназия людей, страдающих психическими заболеваниями или когнитивными расстройствами, включая слабоумие, в настоящее время является обычным явлением в Бельгии и Нидерландах. Об этом говорится в последнем двухгодичном докладе Федеральной комиссии Бельгии по контролю и оценке эвтаназии, который был представлен на рассмотрение парламента 7 октября.

Бельгия легализовала эвтаназию в 2002 г. для пациентов, страдающих «нестерпимо» от любого «неизлечимого» медицинского состояния, терминального или нетерминального, в том числе психиатрических заболеваний. В 2014—2015 г. 124 из 3950 случая (3,1%) эвтаназии в Бельгии было по поводу диагноза «психических и поведенческих расстройств». Население крошечной Бельгии — 11,4 млн человек; 124 эвтаназии эквивалентно около 3500 процедур в США. Среди умерщвленных 20,8% (594 случая) — нетерминальные пациенты.

Журналисты и психиатры в Бельгии и за ее пределами стали замечать, что происходит, и поднимать вопросы. Комиссия защищает систему, объясняя, что все хорошо, и что все подвергаются эвтаназии лишь в строгом соответствии с законом. Ведущий сторонник эвтаназии Wim Distelmans, который сам выполняет процедуру, — защищает период ожидания в 1 месяц, необходимый между временем, когда психически больной или дементный пациент ставит свою подпись на письменное прошение о смерти, и временем, когда может быть осуществлено убийство. Доклад утверждает, что «формирование истинной воли пациента представляет собой длительный процесс, который занимает несколько месяцев, а иногда и годы» и достигает кульминации в письменном запросе. Игнорируется возражение, что по определению психически больные люди менее способны проявлять «истинную волю» или по крайней мере, что их намерения по своей природе более трудны для восприятия врачом и нельзя установить с необходимой уверенностью, что послужило основанием для выбора жизни или смерти.

Бельгийские противники практики эвтаназии пишут: «Мы видим, что те, кто были объявлены неизлечимыми, в конце концов отказались от эвтаназии, потому что появились новые перспективы. Парадоксальным образом это доказывает, что болезнь нельзя назвать неизлечимой». Однако в докладе комиссия беззаботно отвечает: «болезнь, особенно если она психическая, не должна быть препятствием для принятия решения на основе рациональных рассуждений» при условии утверждения врачом. Согласно отчету, эвтаназии подверглись 5 неизлечимо больных людей, страдающих шизофренией, 5 с аутизмом, 8 с биполярным расстройством и 29 с деменцией, а также 39 с депрессией.

Многие врачи по-прежнему привержены главной роли врача как целителя. Американская психиатрическая ассоциация рассматривает заявление о политике в эвтаназии, которое подлежит окончательному утверждению советом попечителей, который может включить в себя заявление, что участие в эвтаназии является неэтичным для любого психиатра.

Всемирная психиатрическая ассоциация, которая до сих пор не рекомендует, но и не запрещает психиатрам участие в эвтаназии, планирует пересмотреть эту позицию на своей встрече в Берлине в 2017 г. с целью ужесточения позиции в свете последних событий в Бельгии и Нидерландах.

Эвтаназия людей, страдающих аутизмом, депрессией, шизофренией и деменцией, представляет собой глобальный моральный кризис в области психиатрии.

По материалам <https://www.washingtonpost.com>

**ВОЗ предупредила о возможной вспышке вируса Зика в Азиатско-Тихоокеанском регионе**

Вирус Зика может в дальнейшем распространиться по всему Азиатско-Тихоокеанскому региону, сообщила ВОЗ. «Высока вероятность, что в регионе зафиксируют новые случаи и вспышки вируса Зика», — говорится в ее докладе. По словам главы ВОЗ М. Чан, лидеры стран Азиатско-Тихоокеанского региона выражают серьезную обеспокоенность вирусом Зика, от которого до сих пор не существует вакцины. Случаи заражения вирусом Зика зафиксированы в 70 странах мира. ВОЗ признала этот вирус глобальной угрозой.

<http://www.interfax.ru/world/531862>



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

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

Web-сайт: [www.newdiamed.ru](http://www.newdiamed.ru)  
E-mail: [gerontology@newdiamed.ru](mailto: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 мультидисциплинарных 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](mailto: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](http://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](http://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](http://www.newdiamed.ru), [www.rspor.ru](http://www.rspor.ru), [www.mgnot.ru](http://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](mailto:gerontology@newdiamed.ru)

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

Начало на стр. 7 ↗

нены накануне и не факт, что стекла сохранились. Это еще один обычный большой дефект лабораторной службы: стекла с патологическими изменениями должны храниться несколько дней, а в некоторых случаях — и отдаваться на руки больному (если выявлен острый лейкоз, например). Здесь не может быть обид: в гематологии иногда возникает необходимость пересмотреть мазок крови даже через несколько лет от начала лечения.

О чем же вы подумали. Правильно — гиперхромная анемия с наличием панцитопении (лейкоциты, эритроциты и тромбоциты) характерна для дефицита витамина В<sub>12</sub>. Это обычно патология пожилых, так как с возрастом атрофируется слизистая желудка, его дна, где расположены клетки, вырабатывающие фактор Касла. Этот белок необходим для того, чтобы витамин В<sub>12</sub>, поступающий с пищей, всосался. Важная особенность: витамина В<sub>12</sub> после полного прекращения его всасывания, хватает организму лет на 5, так как он не «расходуется» в процессе жизнедеятельности, а лишь присутствует при реакциях в качестве катализатора. Но, зато, если его запасы закончились, заболевание развивается стремительно и за несколько месяцев может привести к смерти. Хорошо, если «стержком» выступит стенокардия вследствие малокровия, а нередко такие больные приходят к врачу с гемоглобином около 25—30 г/л, и тут уж решения надо принимать немедленно. Промедление в пару дней может привести к анемической коме и смерти. Не зря анемия эта носила название «злокачественной».

Диагноз В<sub>12</sub>-дефицитной анемии подтверждается стеральной пункцией. Исследование уровня витами-

на В<sub>12</sub> мне лично ни разу не помогло в постановке диагноза — он, парадоксально, может быть и не снижен. В костном мозге ищем много крупных синих предшественников эритроцитов с характерными ядрами — мегалобластов. Картина так и называется: синий костный мозг. Но картина эта меняется за часы, если в организм ввести витамин В<sub>12</sub> или фолиевую кислоту. Делать это

категорически нельзя. Причем отрицательно могут «сработать» и таблетки поливитаминов.

У меня диагноз сомнения не вызывал. Стеральная пункция представлялась «дежурной» процедурой. Для порядка. Сразу после нее была начата терапия витамином В<sub>12</sub>. А утром из лаборатории пришел ответ... в костном мозге до половины клеток — бласты. Вот-те

бабушка и Юрьев день. Где же была осечка? А нигде. Малоцентная форма острого лейкоза может протекать с панцитопенией и без выхода бластов в периферическую кровь.

**Малоцентная форма острого лейкоза может протекать с панцитопенией и без выхода бластов в периферическую кровь.**

Пока их мало в костном мозге. Потом они появятся все равно в крови. Вопрос только в одном: соблюдайте стандарт в гематологии как отчет наш. До

стеральной пункции никакого лечения — ни витамином В<sub>12</sub> или фолиевую кислоту, ни преднизолон или его аналоги, не давать железа до его определения в сыворотке крови. И главное — даже если диагноз абсолютно ясен, всегда есть возможность казуса. Делайте все, что и как положено, — это уберет вас от роковой ошибки.

П. Медик

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](mailto:mtpndm@newdiamed.ru) [www.newdiamed.ru](http://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»!