



20 Помимо отсутствия двусторонней связи, у нас в эту зиму не было врача. Врач отсутствовал, а болезни присутствовали. Люди понемногу болели и требовали помощи. Медпомощь мы взвалили на свои плечи, так как кроме нас, меня и Власовой, заняться ею было некому.

До сих пор мы никогда врачебной практикой не занимались, если не считать завязывания тряпицей порезов на пальцах. Теперь же нам пришлось иметь дело с различными заболеваниями, в большинстве случаев нам не известными.

Самое первое время за врача ходила больше Власова; я, как видно, по причине неврастении долго не мог привыкнуть к ранам. Не зная этого, я брался перевязывать раны, но как только я приступал к перевязке, у меня начинала кружиться голова, возникала тошнота, лоб покрывался испариной, во рту пересыхало, в глазах темнело, шли разноцветные круги. В таких случаях я обращался к Власовой, и перевязки делала она. Хотя я на моржей и разделявая их, я видел очень много крови. Руки, как правило, бывали по локоть в крови, ноги тоже по самые колени смачивались кровью. Это не мешало мне работать, я мог видеть раны у людей и делать перевязки во время промысла, но дома я не мог делать их даже на собственной руке и звал Власову. Только позже, когда Власова не могла заниматься этими делами, я приучил себя не бояться ран, делал любую перевязку, мог смотреть на раны, и это уже не вызывало во мне прежних ощущений.

Только занявшись медицинской практикой, мы в полной мере оценили все значение разносторонней, всеобъемлющей библиотеки для зимовки. В нашей библиотеке была литература по самым различным отраслям медицины — от элементарных справочников до солидных руководств включительно. Ухо, горло, нос, глаз, урология, гинекология, акушерство, дерматология, ряд руководств по болезням сосудистой системы, по нарушениям обмена; множество вспомогательной литературы по анализам мочи, крови, фармакологические руководства. Наибольшей нашей любовью пользовалось руководство для студентов и врачей академика Чистовича — «Частная патология и терапия внутренних болезней». Краткость, ясность и простота изложения, как нам казалось, безусловная научность и большая широта взгляда привлекали к себе. Немаловажным было еще и то, что на страницах двух сравнительно небольших томов были показаны почти все людские страдания, с которыми нам приходилось сталкиваться.

Чтобы с успехом и без большого труда пользоваться специальной литературой, необходимо быть грамотным в этой области. У нас же и этого не было. Относясь добросовестно к каждому заболеванию, как бы мало и незначительно на первый взгляд оно ни было, мы принуждены были тратить много времени на чтение и поиски в руководствах описания симптомов и картины заболевания, наблюдаемого или выясненного путем анализа у пришедшего к нам пациента. Не сразу нащупаешь, где искать сведения по данному случаю, приходилось по долгу рыться в книгах и находить нужное. И мы, волей обстоятельств, стали и «врачами» — притом «врачами всех специальностей», и «аптекарями», и... пациентами. В связи с этим бывало много юмористических и грустных моментов.

Приходит как-то эскимос, жалуется:

— Начальник, немного болит.

— Где болит? — Зовешь Павлова и при его помощи выясняешь, в чем дело.

— Тут болит, тут болит и тут болит.

Наш пациент, оказывается, чувствует боль или неприятные ощущения сразу в нескольких местах. Кто его знает, чем он болен! Больной уходит, а ты садишься за литературу и ищешь, находишь и помогаешь. Иногда же попадаешь на «редкий» случай, не поддающийся разгадке. Долго роешься в разных источниках, прочтешь не одну сотню страниц, наконец, кажется, найдешь нужное, разберешься, выберешь средство для лечения и тогда зовешь больного.

— Ну как, Паля, дела — все болит?

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

- Нет.
- Что нет?
- Не болит.
- Как не болит? Совсем не болит?
- Да, не болит, уже хорошо.
- Значит, ты выздоровел?
- Да, хорошо.

делать и что употреблять, в большинстве же случаев указывалось лишь наименование средства. Снова начинались длительные поиски подробных указаний.

Мы, стремясь применять необходимые средства, никогда не становились на легкий путь избрания какой-либо помощи. Нам казалось, что такое поверхностное отношение к страданиям наших пациентов

Ареф Иванович Минеев

## Медицина на острове Врангеля 85 лет назад



Ну что ж, хорошо, так хорошо. Мы обычно в таких случаях не досадовали, что потратили много времени и были довольны, что дело обошлось без нашего вмешательства.

В большинстве же случаев необходимо было принимать какие-то меры, прописывать показанное средство.

У нас была богатая и разнообразная аптека, но все медикаменты находились

уже в хранении три года, а оставшиеся от Савенко хранились шесть лет. Зная, что долговременное хранение действует разлагающе на некоторые лекарственные средства, мы не знали, какое изменение в каждом из них происходит. Чтобы не случилось чего-либо непредвиденного с людьми, которых мы использовали, нам приходилось по долгу рыться в фармакологических руководствах и выяснять, как действует на организм то или иное средство вообще до и после длительного его хранения.

Не все показанные средства были у нас в готовом виде, многое приходилось составлять из нескольких частей. Хорошо, если указывалось подробно, как

*От главного редактора. Это очень далекий родственник. Его забросили из Хабаровска на остров Врангеля в 1929 году, и вместо 3 зимовок он провел там 5 лет. Он не полярник, не инженер — партийный работник, участник Гражданской войны. Партия сказала «надо». Ничто не предвещало больших трудностей. Но ледокол еще не было, корабль «Седов» не смог подойти к острову, потом «Челюскин» был раздавлен льдами. Хотя и Обручев и Шмидт прилетали на остров, всего было рейсов 5 маленьких самолетов, которые не могли доставить необходимые грузы. Самолетом удалось вывезти часть зимовщиков в 1932 г., среди них — шизофреника. А Минеев с женой Власовой и еще одним зимовщиком остался в зимовье. Кроме них, еще по всему острову было около 50 охотников-эскимосов с семьями. Врач улетел. Собственно, об этом отрывок из книги, вышедшей в 1936 г. Книга эта — с дарственной надписью моему деду Ивану Ивановичу Воробьеву и бабушке Марии Самуиловне Кизильштейн. Подарок был сделан незадолго до гибели деда и отправки бабушки на 20 лет в сталинские застенки.*

пахнет недостойной большевика недобросовестностью. Хорошо еще, если научное средство бывало само по себе безобидно, но значительно хуже, если оно было ядовито и требовало при применении сугубой осторожности. Давая это лекарство, мы чувствовали себя крайне скверно, опасаясь, как бы не произошло несчастного случая.

Но, как видно, нам везло: не было ни одного случая, чтобы в результате приема назначенных нами средств наши пациенты чувствовали себя хуже.

Основные болезни, с которыми нам приходилось иметь дело, требовали для лечения бинта и йода. Работая с ножами — а без ножа на острове ничего не сделаешь — промышленники очень часто резались. Однако гнойных осложнений почти не было. Это объясняется, конечно, не тем, что эскимосы, рана руку, сразу употребляли антисептические средства, — нет, обычно рана попадавшего к нам пациента бывала крайне загрязнена. На острове Врангеля, как видно, совершенно отсутствуют гнойные бактерии, и поэтому, как бы ни была загрязнена рана, это было загрязнением, не влекущим за собой гнойного процесса.

Для характеристики этого можно рассказать один случай, правда случай крайне типичный. Эскимосская девушка Лавак играла со своими сотоварками в мяч. Прыгая, она наступила на дно разбитой бутылки и основательно порезала себе пятку. Ко мне пришел ее отец — Паля.

— Начальник, Лавак нога стекло ходи.

## ИнтерНьюс

### Минпромторг: Повышение цены коснется только лекарств дешевле 50 рублей

Решение отпустить цены на препараты из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) не будет ощутимо для потребителей, так как касается только сегмента лекарств стоимостью до 50 рублей, заявил министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров в интервью телеканалу «Россия 24», что позволит создать рентабельные условия для производства недорогих лекарств, которые стоят не дороже 50 рублей.

Также глава Минпромторга России Денис Мантуров рассказал, что лекарства будут промаркированы QR-кодами и это не повлияет на стоимость препаратов. По словам министра, стоимость нанесения QR-кода на каждой упаковке варьируется порядка от 40 копеек до 1 рубля.

Внедрение системы маркировки лекарственных средств и медицинских изделий позволит в кратчайшие сроки блокировать поступление и продажу недоброкачественных и фальсифицированных препаратов, отслеживать адресность и предельные отпускные цены на препараты из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

<https://yodnews.ru/2016/12/24/minpromtor-g-povyshenie-kosnetsya-tolko-lekarstv-deshevle-50-rublej/>

### Израильская компания создала заменитель костной ткани

Биотехнологи израильской компании Popus Biogroup в лабораторных условиях создали полужидкий костный трансплантат, который успешно ввели в челюстно-лицевую область 11 испытуемым. Это предотвратило потерю костной массы при атрофии верхней или нижней челюсти.

Материал для искусственной кости выращивали из собственных жировых тканей пациентов. Затем исследователи заполняли полужидким трансплантатом пустоты в поврежденных челюстных костях.

Окончательный результат экспериментального лечения можно было оценить только спустя несколько месяцев, когда вещество затвердело и слилось с естественной костью.

Клиническое испытание дало положительные результаты у всех 11 пациентов.

А это значит, что в ближайшем будущем появится возможность «отрачивать» и другие кости в человеческом теле.

Popus Biogroup уже начали подготовку к подобному клиническому исследованию для длинных трубчатых костей верхних и нижних конечностей.

<https://israike.org/2016/12/09/%D0%B8%D0%B7%D1%80%D0%B0%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D1%81%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%B0-%D0%B7%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B8/>

### Голодец поручила Минздраву навести порядок в лечении онкологических больных

Вице-премьер правительства РФ Ольга Голодец поручила Минздраву и заместителям губернаторов в социальной сфере в январе 2017 года навести порядок в оказании медицинской помощи онкологическим больным, в частности, проверить, почему врачи не выписывают всем нуждающимся химиотерапию.

«Я не понимаю, в чем проблема с химиотерапией, вы закупаете лекарства, у нас число, которым это лечение предназначено, счетно, мы можем спасти жизнь человека, только если мы четко исполняем протокол лечения, и спрашивать с того врача, который почему-то не назначил. Часть жалоб и писем, которые приходят, это какие-то невероятные уговоры врачей выписать химиотерапию. Это надо изжить по всей стране каленым железом», — сказала Голодец.

Голодец заметила, что не должно быть ни одного промедления ни с химиотерапией, ни с направлением на лучевую терапию.

«Мир сегодня научился бороться с онкологией, и она эффективно лечится на ранних стадиях, у нас на ранней стадии не лечится, потому что пока человек добегает до своей химиотерапии, у него уже совершенно другая стадия. Минздрав прошу подключить: проверьте, потому что от этого зависит жизнь и здоровье людей», — добавила Голодец.

Также Голодец поручила дополнительно проанализировать смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в каждом регионе.

<http://tass.ru/obschestvo/3879003>

Начало на стр. 1 ↗

— Как стекло ходи? — Он рассказал мне, как было дело. — Стекла в ноге не осталось? — Нет. — Ничего в ране нет? — Нет, все хорошо.

Взяв перевязочный материал, я отправился на место происшествия. Поверив тому, что в ране нет осколков стекла, потому что в отношении ранения эскимосы имеют довольно большой опыт, я не пытался исследовать рану. Лавак на каждое прикосновение к ране реагировала криками, которые я отнес за счет общей болезненности ранения, но не за счет присутствия стекла. Промыв рану, я наложил сухую повязку.

Комок пыжика, пропитанный грязью, казалось бы, должен был вызвать крайне сильное нагноение, а на самом деле нагноения не было совершенно. Из этого видно, что на острове даже... грязь стерильна и загрязнение раны нагноения за собой не влечет.

Среди живущих на острове эскимосов был один промышленник с круглой язвой желудка — эскимос Етуи. Язва желудка у Етуи была, как видно, застарелая, так как уже на острове Врангеля у него было несколько кровотечений, иногда очень бурных. Етуи был крайне истощен, он постоянно жаловался на боли в желудке и мучительные изжоги, работоспособность его была понижена. Пока на острове был врач, Етуи обращался к нему, а теперь стал обращаться к нам. С такого рода заболеванием бороться, насколько нам удалось, вынести из литературы, можно было или диетическим путем, или путем активного хирургического вмешательства. Мы могли стать только на первый путь, причем и он для нас был крайне затруднен, так как выбор продуктов для диетического питания был весьма ограничен, да и то, что было, имелось в небольшом количестве. Но главная беда была в том, что Етуи жил от нас в 70 километрах.

Что делать в данном случае, мы неплохо знали из имевшейся у нас литературы. Но одно дело — знать, что делать, другое дело — сделать. Одно рекомендованное средство — двууглекислый соду — Етуи принимал охотно, она приносила ему большое облегчение, избавляя от стойких мучительных изжог; а вот диету, нужную для него, нужно было как-то растолковать, так как Етуи был неграмотен и из-за бездорожья часто к нам ездить не мог. Обсудив вопрос с Власовой, мы составили для Етуи таблицу иероглифов. Каждый иероглиф нашего «рецепта» означал определенное кушание, количество и время его приема. Для дозировки выдали ему градуированный стакан. Заставили Етуи вызубрить эту таблицу иероглифов. Тут же мы научили его приготавливать необходимые блюда из продуктов, которые мы ему отпускали.

Етуи в течение некоторого времени практиковал эту систему и чувствовал себя неплохо. За два года без врача у больного ни разу не было желудочных кровотечений. Однажды он приехал к нам, и мы заметили в нем резкую перемену. Правая половина лица была мертвенно неподвижна, глаз был полуприкрыт, угол рта опустился, вся правая половина лица была длиннее левой, правая бровь опустилась ниже левой, лицо производило впечатление составленного из разнородных половин. Он нам сообщил, что у него отказывается работать одна половина тела. Видно, у него был приступ паралича, поразивший правую половину тела.

Непосредственно после удара он совершенно не мог двигаться. Рука не работала, глаз ничего не видел, правый угол рта он не мог закрыть, и изо рта постоянно вытекала слюна. Происшедшее с ним крайне напугало и самого Етуи, и его семью.

Мы не могли точно выяснить, в чем тут дело, почему Етуи был разбит параличем, не знали также — какие лечебные средства нужно применить для лечения больного. Однако, нужно было что-то предпринимать, чтоб Етуи чувствовал, что мы его лечим и помогаем ему. Кроме того, мы постарались объяснить, насколько мы сами представляли, и ему и бывшим в это время на фактории эскимосам, что в болезни Етуи нет ничего сверхъестественного, что заболевание произошло от совершенно понятных, хотя и невидимых, причин.

Мы решили дать Етуи... валериановых капель. Вреда это не принесет, а самое главное — он будет знать, что мы его лечим. Не то ему помогли эти валериановые капли, не то процесс сам по себе постепенно исчез, но во всяком случае через пару недель Етуи уже был работоспособен. Незначительная асимметрия лица еще осталась, но и она постепенно исчезла, и через месяц-полтора после заболевания Етуи был таким же нормальным человеком, как и раньше.

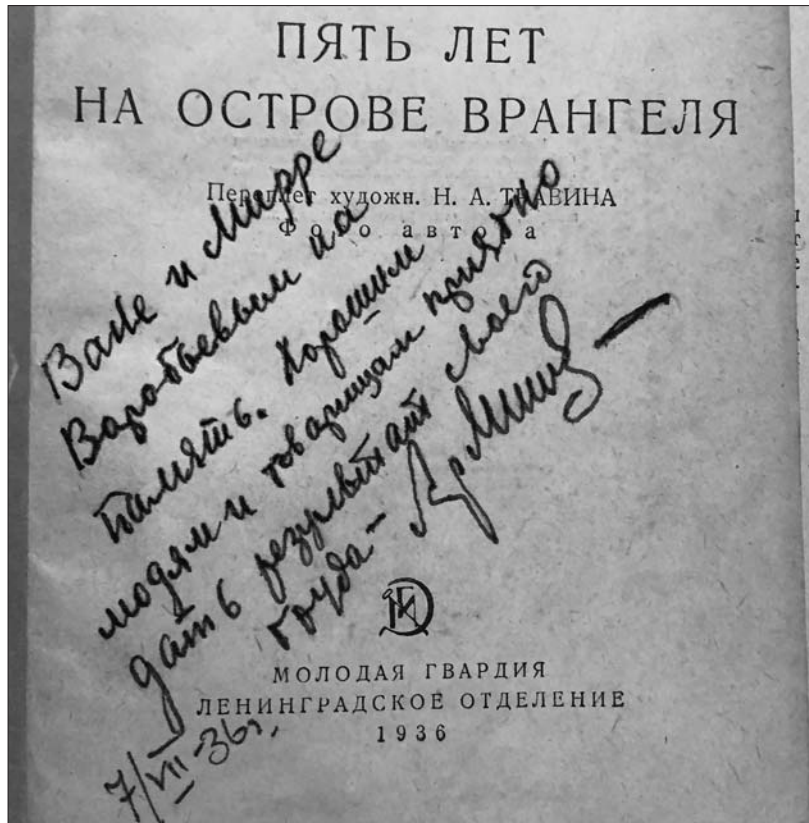
Практиковать наши медицинские знания на туземцах нам нужно было чрезвычайно осторожно. Удача порождала среди них громаднейшее доверие к нам, в случае же неудачи наш врачебный авторитет был бы сведен к нулю, и они перестали бы к нам обращаться. Кроме того, потеря доверия толкнула бы туземцев к суевериям. Поэтому в каждом отдельном случае, прежде чем решить, что предпринять, мы всегда тщательно обсуждали между собой намечаемые мероприятия.

Чтобы эскимосы не разуверились в нас как во врачах, мне пришлось однажды возвратиться с дороги, не доехав до больного. Я был уверен, что он погибнет через день, максимум два после моего приезда. Зимой 1931 года жена эскимоса Тагью, Айнана, очень серьезно обожглась — на ней загорелось платье. Наш врач долго лечил ее. Весной 1932 года ее привезли на факторию, и несколько недель она была на попечении врача. Он сообщил мне, что Айнана уже в хорошем состоянии и может возвратиться домой, так как дальше

Чтобы эскимосы не разуверились в нас как во врачах, мне пришлось однажды возвратиться с дороги, не доехав до больного. Я был уверен, что он погибнет через день, максимум два после моего приезда. Зимой 1931 года жена эскимоса Тагью, Айнана, очень серьезно обожглась — на ней загорелось платье. Наш врач долго лечил ее. Весной 1932 года ее привезли на факторию, и несколько недель она была на попечении врача. Он сообщил мне, что Айнана уже в хорошем состоянии и может возвратиться домой, так как дальше

Чтобы эскимосы не разуверились в нас как во врачах, мне пришлось однажды возвратиться с дороги, не доехав до больного. Я был уверен, что он погибнет через день, максимум два после моего приезда. Зимой 1931 года жена эскимоса Тагью, Айнана, очень серьезно обожглась — на ней загорелось платье. Наш врач долго лечил ее. Весной 1932 года ее привезли на факторию, и несколько недель она была на попечении врача. Он сообщил мне, что Айнана уже в хорошем состоянии и может возвратиться домой, так как дальше

Продолжение на стр. 3 ↗



Я каждый день заходил к больной, ожидая увидеть на ноге нагноение, но рана была совершенно чистой и постепенно зарастала.

Но однажды к нам прибежал взволнованный Паля и сообщил, что у Лавак из раны... выходит стекло.

— Как стекло? — спросил я его, — ведь ты же говорил мне, что стекла нет. — Да, я думал, что нет стекла.

Я отправился к больной. Разбинтовав ногу, я увидел осколок стекла, торчащий из раны. Я извлек его, но за ним с сукровицей из раны вышел довольно большой тампон из пыжика. Оленья шерсть, свалывшаяся в плотный комочек, находилась в ране в течение долгого времени. Теперь я уже уверенно ожидал, что вот-вот должен был появиться гной. Но против ожидания гноя не было, и дня через три Лавак опять прыгала как коза, а от раны не осталось никакого следа.

Все это необычно, если учесть, что эскимосы никогда не моют ног и ходят в меховых чулках мехом внутрь, причем от пота и грязи мех этот превращается в грязную зловонную массу. Комок пыжика, пропитанный грязью, казалось бы, должен был вызвать крайне сильное нагноение, а на самом деле нагноения не было совершенно. Из этого видно, что на острове даже... грязь стерильна и загрязнение раны нагноения за собой не влечет.

В нашей практике было несколько значительных поражений, и все они, как правило, протекали без гнойных осложнений.

То же можно сказать и о нас, зимовщиках-европейцах. Если о туземцах можно предположить, что их организм в течение длительного времени, оставаясь без медпомощи, мог приобрести своеобразный иммунитет против гнойных возбудителей, то мы сами за сравнительно короткое время приобрести такого иммунитета не могли. Мы неоднократно резали себе руки, нас кусали собаки. Власову неоднократно кусали и царапали медведи, и эти ранения также никогда не имели гнойных осложнений...

Чтобы эскимосы не разуверились в нас как во врачах, мне пришлось однажды возвратиться с дороги, не доехав до больного.

За ранами следовали различные заболевания желудочно-кишечного тракта. Чаще всего наблюдались запоры и острые катары желудка. Иногда приходит взрослый эскимос или приводят ребенка.

— Ну — спрашиваю — что скажешь? — Да вот — говорит — не знаю — брюхо болит. — Отчего?

— Не знаю, много кушай, потом ничего нет... Дашь такому пациенту известное количество касторки, и через небольшой промежуток времени — и пациент доволен, и «врач»...

Начало на стр. 1, 2 ↗

его помощь не нужна. По последнему санному пути она уехала в свое становище. Но процесс, как видно, обострился, и к декабрю 1932 года больная чувствовала себя очень плохо. В разгаре полярной ночи за мной приехал ее сын Нанаун. Расспросив его о состоянии Айнаны, я быстро собрался, взял с собой все необходимое и отправился на реку Гусиную, где жил тогда Тагью. Но нам удалось добраться только до бухты Предательской — до юрты Етуи. Мы остановились у него на ночь. Пока мы спали, поднялся очень сильный ветер и в течение двух недель остервенело дул без перерыва, температура упала ниже 30 градусов.

На исходе второй недели в бухту Предательскую приехали Тагью и Кмо; они с Гусиной поехали на розыски Нанауна, думая, что он где-нибудь погиб. На Гусиную все время после того, как уехал Нанаун, стояла тихая погода, но за хребтами были туманы и дул свирепый ветер. Когда они напились чаю и отдохнули, я выяснил, в каком состоянии находится больная. Из рассказов Тагью было видно, что больная находится при смерти. Я понял, что если опытный квалифицированный врач в условиях стационара, может быть, и смог бы сделать что-нибудь для спасения больной, то что мог сделать я, с моими скудными знаниями, вернее без всяких знаний, в эскимосской юрте? Но если я приеду и больная погибнет при мне, эскимосы отнесут ее гибель на мой счет. Что делать? Ехать на Гусиную — значит потерять и тот ничтожный авторитет врача, какой мы к тому времени завоевали. Если не ехать, как объяснить Тагью мое возвращение с пути на Гусиную? Я долго думал и пришел к заключению, что единственно правильным будет откровенное объяснение Тагью мотивов возвращения.

Я сообщил ему, что Аймана находится в таком состоянии, когда спасти ее уже нельзя, к тому же у меня нет средств и возможностей поднять ее на ноги. Она умрет независимо от того, приеду я или не приеду. Но если я приеду и она умрет при мне, когда я начну ее лечить, то он, Тагью, и все остальные эскимосы будут думать, что она умерла потому, что я плохой доктор, и будут бояться лечиться у меня, а если она умрет без меня, они этого думать не будут.

— Да, начальник, ты говоришь правду, — согласился он со мной. Позже я узнал, что больная умерла во время отсутствия Тагью. Если бы я приехал на Гусиную, я ее уже не застал бы.

Могу рассказать случай, когда мне пришлось выступить в роли... акушера, хотя никто из нас до того времени в этой роли не выступал. Как-то мы с Власовой поздно над чем-то работали. В дверь постучали. Вошел Старцев.

— Ареф Иванович!  
— Что такое?  
— Синеме родила, и мы не знаем, что делать.  
— И мы не знаем, что делать, — сказал я. Но делать что-то нужно было. Стали рыться в книжках, искать, что нужно делать, когда рождается ребенок, как отрезать пуповину и так далее. Но как назло в книжках было много всяких теоретических рассуждений, а нужных нам практических указаний не было. Потолковав с Власовой, я вооружился ножницами, хирургическим шелком и отправился на место происшествия.

Обычно родовспоможение всем роженицам на острове оказывали «бабки», таких у нас было две. К врачу в этих случаях, как правило, не обращались, даже жена врача, Пувзьяк, рожала под наблюдением «бабки» — своей матери Инкаль. Старцев обратился к нам не потому, что был очень высокого мнения о наших акушерских познаниях и опыте, а потому, что в это время под боком не было «бабки».

У эскимосов и чукчей женщина рожает сидя. Синеме сидела на кровати, и перед ней лежало голенькое тельце крепкого мальчика. Мальчишка орал. Я обмыл руки и ножницы спиртом. Шелк постоянно находился в спирте. Отступая от живота на три пальца, перевязал потуже шелком пуповину и перерезал ее ножницами. Край разреза смочил иодом и легонько прибинтовал марлей. Вот и все.

Сделал я все это в течение двух-трех минут, но лоб у меня взмок, как от тяжелой и продолжительной работы. Ребенок остался жить и рос здоровым пареньком. Это был единственный случай, когда я принимал новорожденного...

Сами мы тоже понемногу болели. Больше всего досаждали почки. Это объяснялось тем, что мы потребляли, в основном, мясо морского зверя, богатое пуриновыми телами. В результате моча содержала боль-

шое количество уратов. Это нам удалось выяснить путем элементарных анализов.

Мы часто сажали себя на безмясную диету, но долго выдержать на хлебе, гречневой каше не могли и до следующих недомоганий опять переходили на мясо. Чтобы не нагружать бесцельно почки, мы прекратили совершенно потребление богатых пурином перца, горчицы, чая, шоколада. Власова с середины зимы прекратила курение, я же хотя продолжал курить, но уже значительно меньше.

У нас обоих развились какие-то сердечные симптомы, очевидно невротического характера. Одно время у Власовой они были довольно острыми, я же испытывал их значительно меньше. Я лично для борьбы с ними время от времени применял, как я именовал, «сердечную гимнастику». Заключалась она в восхождении на вершину одного из холмов в медленном темпе — своего рода терренкур — с равномерным глубоким дыханием. Этим путем я избавился от одышки при восхождении, но сердцебиение осталось. Правда, наблюдались оно реже, чем раньше, и не так интенсивно.

Цинги и в этом году у нас не было совершенно. Ожидая, что эта страшная полярная гостья к нам пожалует, мы внимательно следили за собой и за туземцами, осматривали приезжавших к нам и расспрашивали живущих с ними. Но мы не обнаружили даже начальных симптомов острой цинги.

Из витаминных продуктов у нас были, как мы говорили раньше, только два небольших бочонка засахаренных апельсинов, вывезенных с «Совета», и немного засахаренных лимонов, присланных с мыса Северного. Потребление их я отнес на весенние месяцы как наиболее опасные по цинге. У туземцев был заготовлен «Нунивак» — сквашенная в бочке трава, собираемая летом. Они потребляют ее как гарнир к мясу. Несомненно, «Нунивак» имеет противцинготные свойства, в чем мы имели возможность убедиться весной 1934 года.

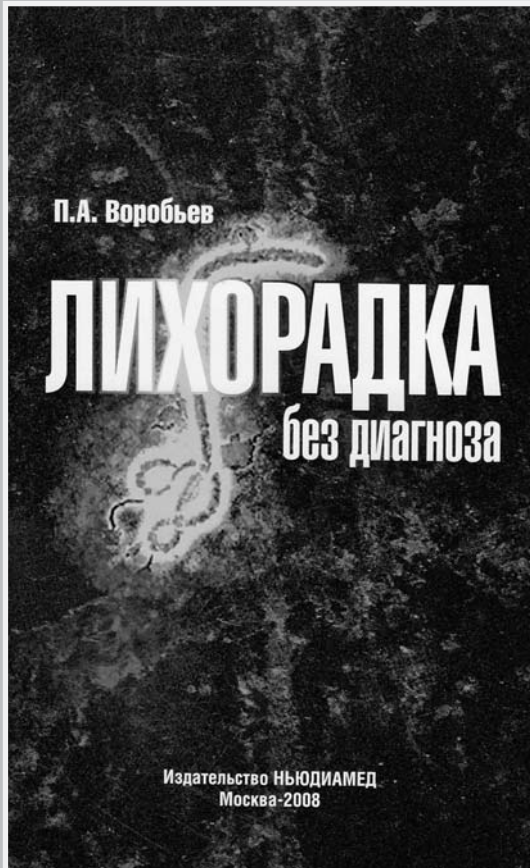
Не имея острых проявлений цинги, мы, тем не менее, замечали у себя некоторые явления, близко напоминающие явления, именуемые академиком Чистовичем «хронической цингой». Они проявлялись в виде незначительной кровото- чивости десен. Десна нормального цвета, не увеличена, но иногда, чистая зубы, мы замечали, что щетка чуть розовела, или иногда после нажатия пальцем на десну появлялся слабый кровавый след. Несколько раз во рту неожиданно появлялся тепло-соленый

вкус. Впечатление такое, как будто бы где-то в десне лопнул сосуд, и кровь хлынула струей. Кровотечения эти молниеносны; возникая неожиданно, они тут же прекращаются. Стоит два-три раза после этого сплюнуть, и слюна приобретает нормальный прозрачный вид. Чтобы ослабление десен не зашло слишком далеко, мы регулярно практиковали применение укрепляющих полосканий и смазываний. Других признаков цинги у нас за все это время совершенно не было.

Старцев обратился к нам не потому, что был очень высокого мнения о наших акушерских познаниях и опыте, а потому, что в это время под боком не было «бабки».

Сами мы тоже понемногу болели. Больше всего досаждали почки. Это объяснялось тем, что мы потребляли, в основном, мясо морского зверя, богатое пуриновыми телами. В результате, моча содержала большое количество уратов.

Цинги и в этом году у нас не было совершенно. Ожидая, что эта страшная полярная гостья к нам пожалует, мы внимательно следили за собой и за туземцами...



Книга — это учебное пособие для врачей, сталкивающихся в своей практике с пациентами, имеющими повышенную температуру тела. В основе гипертермии может лежать много разнообразных заболеваний — от психических расстройств до нарушения терморегуляции в результате врожденных дефектов, от тяжелых инфекционных заболеваний — до опухолей и системного васкулита. Каждый врач должен разбираться в лихорадке, устанавливая правильный диагноз самостоятельно. Однако всегда остается место для неясных больных. В этом случае врачу помогут представленные в книге алгоритмы обследования, сведения об этиологии и патогенезе лихорадки. Книга предназначена для врачей всех специальностей, курсантам последипломного образования, студентам медицинских вузов.

Теперь «Лихорадка без диагноза» выходит в новом виде мобильного приложения, ее всегда можно иметь в кармане на смартфоне или на планшете, не используя бумажную версию.

Доступна в App Store  
Доступна на Google Play

## ИнтерНьюс

**Владимир Путин: Вопрос досрочной пенсии медиков требует дополнительного внимания**

Журналистка из Пензы спросила главу государства о необходимости реформирования института досрочного выхода на пенсию, на который имеют право педагоги и медики. При этом представительница регионального СМИ отметила, что сегодня участились случаи, когда медиком и учителям приходится в суде отстаивать это право.

— Действительно, вопрос досрочного выхода на пенсию требует дополнительного внимания, — ответил Владимир Путин. — У нас много категорий, имеющих право на досрочную пенсию. Я не буду забегать вперед и говорить, что там планируется. Но любые нововведения в этой сфере должны быть публично обсуждены. Мы будем действовать очень аккуратно.

Также президент отметил, что сегодня пенсионная система базируется на трех главных принципах и будет дальше ими руководствоваться — стаже, уровне заработной платы до выхода на пенсию и на возраст, с которого человек оформил выход на пенсию.

<http://doctorpiter.ru/articles/15957/>

**Препарат для лечения СМА I типа демонстрирует хорошие результаты**

Спинальная мышечная атрофия I типа (СМА I) — это наследственное заболевание, вызывающее нарушение работы мышц у младенцев. До сих пор не известно средства, способного вылечить эту болезнь или изменить ее течение. Клинические испытания нового препарата под названием «нусинерсен» (nusinersen) показали многообещающие результаты.

В настоящее время нусинерсен ожидает одобрения Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration). Результаты II фазы клинических испытаний препарата были недавно опубликованы в журнале *The Lancet*.

Работа велась под руководством детского невролога Ричарда Финкеля (Richard Finkel) из Детской больницы Nemours (Nemours Children's Hospital) в Орландо при поддержке Отделения педиатрии Медицинского центра Стэнфордского университета (Department of Pediatrics at Stanford University Medical Center).

По данным результатов II фазы испытаний, нусинерсен безопасен и хорошо переносится.

В первых испытаниях препарата приняла участие 20 детей. Хотя работа была посвящена исследованию безопасности средства, исследователи отметили, что нусинерсен повлиял на двигательные функции пациентов, позволив им достичь определенного прогресса. Кроме того, препарат улучшил работу нервов, обычно повреждаемых заболеванием.

Препарат изучался в клинических испытаниях III фазы, причем работа была остановлена раньше, чем планировалось, поскольку дети, получавшие нусинерсен, овладевали двигательными навыками достоверно быстрее, чем дети из контрольной группы.

В настоящее время дизайн клинических испытаний III фазы предполагает проведение открытых исследований. Следовательно, участники (или их родители) знали, что принимают нусинерсен, а плацебо не использовалось.

Ожидается, что препарат получит одобрение FDA в течение двух месяцев. Нусинерсен уже доступен в некоторых больницах США как часть программы расширенного доступа.

Детский невролог доктор Джон Дей (John Day) из Медицинского центра Стэнфордского университета пояснил, что нусинерсен — не единственный в своем роде препарат, способный изменить жизнь пациентов с СМА I. Это лекарство создало прецедент для использования других средств с аналогичным механизмом действия, предназначенных для лечения различных генетических заболеваний, например, мышечной дистрофии, болезни Хантингтона и бокового амиотрофического склероза.

Доктор Дей подчеркнул, что для достижения максимального эффекта терапия нусинерсеном должна начинаться как можно раньше, сразу после постановки диагноза.

«Если мы будем выявлять СМА I у детей рано, еще до появления симптомов, мы сможем оптимистично оценивать перспективы лечения», — отметил доктор Дей.

<http://22century.ru/medicine-and-health/39256>

## ИнтерНьюс

**WADA опубликовало вторую часть доклада Макларена о допинге в России**

Независимая комиссия Всемирного антидопингового агентства (WADA) под руководством Ричарда Макларена опубликовала вторую часть отчета о применении допинга российскими атлетами.

Из документа следует, что в «российскую государственную допинговую программу» были вовлечены более 1000 спортсменов, среди них — двое золотых медалистов Олимпиады в Сочи.

Имена спортсменов исключены из самого доклада, однако с ними ознакомлены федерации соответствующих видов спорта, пишет The New York Times.

«Обнародовать ли имена российских спортсменов из этой тысячи, решат сами федерации», — заявил Макларен.

Речь в докладе идет о промежутке времени с 2011 по 2015 годы, который помимо Олимпиады включает ряд мировых соревнований высокого профиля. По мнению экспертов, система подмены проб начала создаваться именно в 2011 году после неудачи российской команды на Олимпиаде в Ванкувере и постоянно совершенствовалась.

В частности, манипуляторы в лабораториях добывались даже внешнего сходства «грязных» и «чистых» проб, добавляя в них растворимый кофе Nescafe и соль.

Все выводы построены не на показаниях свидетелей, а на воспроизводимых экспертизах и лабораторных исследованиях, подчеркивается в докладе.

«Подмена образцов мочи российских атлетов в Сочи получила дополнительное подтверждение; кроме этого установлено, что она не прекратилась с зимней Олимпиадой. Техника подмены, отточенная в Сочи, стала регулярной, ежемесячной практикой московской лаборатории применительно и к летним видам спорта. Это подтверждается дальнейшим анализом ДНК и солевого состава проб», — говорится в отчете.

Всего в нем фигурируют 500 фальшивых отчетов о пробах, переданных московской лабораторией в WADA.

«Российское министерство спорта и доктор Родченков (экс-руководитель Московской антидопинговой лаборатории Григорий Родченков) разрабатывали методику, которая бы стала совершенным, безопасным механизмом, гарантировавшим невозможность уличения в применении допинга», — сказал Макларен.

По его мнению, министр спорта России Виталий Мутко мог знать о допинг-системе, но руководил всем его заместитель, поэтому прямых доказательств причастности Мутко нет.

Ричард Макларен признал, что Россия предприняла некоторые шаги после публикации первой части допинг-доклада летом этого года. Он пояснил, что в России были отстранены от работы чиновники, ставшие фигурантами его расследования, проведены проверки.

<http://www.vedomosti.ru/lifestyle/articles/2016/12/09/668997-wada-maklarena>

**Минздрав против полного запрета на работу родственников в одном учреждении**

Министерство здравоохранения РФ обратилось в правительство с просьбой изменить постановление о противодействии коррупции, в соответствии с которым руководителям запрещается иметь в своем подчинении родственников, заявила глава Минздрава РФ Вероника Скворцова.

Минздрав просит правительство не распространять «огульно» правило о невозможности для врачей иметь в подчинении родственников.

— С нами это постановление тогда не согласовывалось, когда все его стали просматривать. Мы обратились в правительство с письмом, точно так же поступило министерство культуры, о том, что, может быть, не надо столь огульно это правило распространять на всех родственников. А говорить о невозможности занятия должностей, связанных с административно-хозяйственной, управленческой функцией, это не должны быть закупки, кадровая политика и другой управленческий функционал, — передает ТАСС слова Вероники Скворцовой.

По ее словам, предложения Минздрава находят поддержку: «...готовится свод изменений в то постановление с более конкретными предложениями по этому пункту об истреблении кумовства».

Ранее стало известно, что Минздрав выпустил директиву, согласно которой все руководители подконтрольных министерству организаций должны уволить сотрудников, являющихся их родственниками. В противном случае увольнение ждет их самих — в связи с утратой доверия.

<http://doctorpiter.ru/articles/15958/>

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

### ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ от 3 марта 2014 г.

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

**Секретарь:** Зыкова А.Б.

**Доклад:** профессор Савенков М.П.

(РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра клинической функциональной диагностики).

#### «Селективность и циркадный эффект бета-блокаторов. Необходимость учета на практике»

Профессор Воробьев П.А.: Недавно проезжал по Арбату мимо Центра курортологии. И увидел вместо старых табличек новую — «Мариотт». Что интересно, центр этот строила Голикова. Сняв предварительно с должности его директора. Так что у нас все хорошо и перспективно. 72-ю больницу закрыли, это мы обсуждали. 11-ю больницу соединили с 24-й. Пришел главный врач и сказал, что заведующие становятся просто врачами, отделения сокращаются, а один из корпусов нужно продать, чтобы поднять боевой дух больницы. Еще им раздали новый вариант договора, в котором указано, что, в случае решения о продаже больницы, врачи имеют право на внеочередной выкуп акций. Перспективы наши богатые и хорошие. Будем работать дальше. Сегодня мы поговорим о хронотерапевтических эффектах препаратов, которые давно пора учитывать на практике.

Профессор Савенков М.П.: Моя позиция заключается в том, что чем меньше мы будем обсуждать гадости, тем меньше они будут доходить до пациентов. А нам в коллективе нужно приходить к консенсусу. К медицине и к врачам сейчас предъявляются конкретные требования. К примеру, при артериальной гипертензии нужно снижать артериальное давление, и если у пациента на высоких цифрах АД случится инсульт, к врачу могут возникнуть вопросы. Рекомендации уже разработаны, но целевое достижение давления происходит только в 20—30% случаев. По данным последних исследований получается, что выбора реального препарата не существует ни для достижения целевых цифр АД, ни для продолжительного ведения пациентов. Могут применяться все одобренные группы препаратов.

В практике всегда было очевидно, что все больные разные, но подтвердить это через доказательную медицину очень сложно. Европейская стратегия заключается в том, что при умеренном повышении АД применяется один препарат, свыше 160 мм рт. ст. — сразу два препарата. При неэффективности следует подбирать дозу, что трудно сделать в условиях комбинированного лечения. Американские терапевты предлагают оставить контроль АД непосредственно на пациента, его самомониторинг.

Исследования доказывают, что большое количество препаратов не дает лучший эффект. Сейчас наиболее популярны диуретики с ингибиторами АПФ. Проблема этих препаратов является кашель — у ингибиторов АПФ и метаболические нарушения при приеме диуретиков (импотенция, гипокалиемия). При этом убедительно снижается смертность и риск развития инфаркта миокарда. При выборе ингибиторов наиболее предпочтительны Лизиноприл и Эналаприл. Несмотря на то что Эналаприл имеет меньшую продолжительность действия, это можно в каком-то смысле отнести к его преимуществам, поскольку в условиях действительности на 24 часа не хватает ни одного препарата. А утро является наиболее проблемной частью суток.

Из петлевых диуретиков можно применять Торасемид. В основном применяются тиазидные диуретики. С возрастом диуретик, как правило, необходим, так как повышение АД — это всегда задержка жидкости. Индапамид и тиазидные диуретики являются в корне различными препаратами. Нужно, чтобы пациент соблюдал питьевой и выделительный режим, причем важно, в какое время суток происходит диурез. Молодым пациентам назначать диуретики нежелательно, поскольку длительный прием может вызывать тубулопатии.

Важной является методика измерения артериального давления. Вся доказательная медицина основана на офисном измерении, в кабинете врача, и совершенно не адаптирована к реальным условиям, особенно таким простым, как в нашей стране. Предпочтение следует отдавать суточному мониторингованию АД, которое, при этом, связано с определенными техническими трудностями. Самомониторинг может стать полноценной заменой.

При повышенном потреблении воды перед сном диуретик за счет своего эффекта провоцирует никтурию, что будет вызывать затруднения, особенно у пожилых людей, мужчин с аденомой простаты и женщин с недержанием.

Отечественное исследование «Эпиграф» 2002—2003 гг. заключалось в том, что сначала оттитровали дозу Индапамида, а затем подбирали 5, 10 или 15 мг Эналаприла. Через 12 недель был получен хороший достаточный эффект. Побочные эффекты при этом сохранялись.

Не так давно родилась идея комбинирования препарата не в таблетке, а в блистере, как в препаратах Энзиск, Энзиск-Дуо и Энзиск-Форте. Несмотря на то что производитель называет это нефиксированной формой лекарствен-

ного препарата, я с этим не согласен. Дозы уже подобраны, время приема назначено.

**Вопрос:** Какова Ваша позиция относительно нелекарственного контроля АД?

**Ответ:** Есть абсолютно конкретные цифры, рассчитанные американцами. Каждый сброшенный кг массы тела снижает риск развития инфаркта на столько-то процентов и т.д., АД — на 8 мм рт. ст. Диета — плюс еще 10%, употребление алкоголя и т.д. Отношение мое более чем положительное. Когда человек бросает курить, это оказывает выраженное влияние на антидиуретический гормон.

**Вопрос:** А как насчет пива?

**Ответ:** Не более двух банок пива в день. При этом пиво «давит» объемом. Еще есть опасные тенденции. В жару говорят «много пить», но никто не понимает, что «много» — относительно привычной нормы, индивидуально для каждого, а не по три и больше литров в день.

**Вопрос:** То есть нужно, чтобы пациент регулярно измерял свое АД, чем чаще, тем лучше и на основе этого принимал или не принимал лекарства?

**Ответ:** Вовсе нет. Люди привыкли бояться давления. А при этом для человека со стенозом сонной артерии более 70% АД 160 — это спасение. А есть ведь еще воздействие на ЧСС и прием бета-блокаторов, зачастую несбалансированный.

### ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ от 28 ноября 2016 г.

**Председатели:** профессор Воробьев П.А., Савенков М.П. и Зайцев А.А.

**Секретарь:** Зыкова А.Б.

**Доклад:** к.м.н. Редькин Ю.А.

(доцент кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»)

#### «Современные аспекты диагностики и лечения сахарного диабета типа 2»

Тема диагностики и лечения диабета является обширной, сегодня я хотел бы остановиться на диагностике и начать с критериев. Для оценки результатов анализа необходимо знать, откуда взята кровь — цельная ли это кровь, взятая из пальца или венозная. Плазма тоже бывает венозная или капиллярная. В соответствии с этим выделяют различные критерии диагностики, натощак, и через 2 часа после нагрузки глюкозой. Помимо сахарного диабета выявляются другие нарушения углеводного обмена, нарушенная толерантность к глюкозе и нарушенная гликемия натощак, ранее называемые «предиабет».

Пероральный тест нагрузки к глюкозе проводится при выявлении сомнительных, пограничных уровней глюкозы крови. Необходимо проводить тест толерантности на фоне обычного режима питания, без ограничения углеводов в течение предшествующих 3 дней. Тест проводится строго натощак (не ранее чем через 8 часов от последнего приема пищи). Важно, чтобы на дне стакана не оставалось остатка глюкозы, все должно быть выпито с водой. Другой ошибкой оказывается то, что после приема раствора лаборант говорит пациенту «иди погуляй два часа», и тот идет и гуляет. И возвращается с нормальным сахаром, потому что была физическая нагрузка. Все эти два часа должны пройти в покое, в коридоре, около кабинета. Перед тестом нельзя курить. Выпивать глюкозу необходимо постепенно, не залпом. Допускается употребление в течение 5 минут. Тест необходимо проводить через 2 часа от начала приема. При заболеваниях печени этот тест не проводится. Есть также ограничения при обострении хронических заболеваний.

Важным моментом является то, что диагностику диабета нельзя проводить с помощью глюкометра. Глюкометр применяется только для самоконтроля показателей в амбулаторных условиях.

Гликированный гемоглобин является новым диагностическим критерием сахарного диабета по рекомендациям ВОЗ от 2010 г. Продолжительность жизни гемоглобина 120 дней. Соответственно полученный результат будет характеризовать уровень глюкозы за последние 3—4 месяца, позволит оценить приверженность пациента лечению и правильность проводимых на самоконтроле измерений.

Диагноз сахарного диабета всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни, за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или очевидными симптомами (сухость во рту, жажда, учащенное и обильное мочеиспускание, резкая потеря веса).

При ведении диабета необходимо достичь целевого значения уровня глюкозы крови, натощак, через 2 часа и гликированного гемоглобина. Целевые значения определяются в зависимости от возраста и наличия факторов риска.

Начало на стр. 4 ↗

Оценка компенсации в постановке диагноза в настоящее время не проводится. Тяжесть обусловлена наличием осложнений, поэтому сама по себе не указывается в диагнозе. Вместо этого перечисляются имеющиеся осложнения.

Ведение дневника самоконтроля является показателем непосредственно самоконтроля. При ведении дневника пациент должен корректировать свое лечение и образ жизни. В современных условиях возможно ведение дневников в электронном виде, при помощи мобильных приложений. При декомпенсации частота измерений сахара может достигать 7 раз в день на время подбора лечения. Основные точки: перед и после завтрака (не менее чем через 2 часа), до и после обеда, до и после ужина и перед сном. У пациента с диабетом типа 1 измерение можно проводить перед каждым из 3 приемов пищи и перед сном. Пациенты с диабетом типа 2 на таблетках либо инсулине пролонгированного действия могут измерять показатели 2 раза в день, в различные моменты за неделю. К примеру, в понедельник — до и после

завтрака, во вторник — до и после обеда, по средам — до и после ужина, по четвергам — перед сном. Измерение сахара в режиме самоконтроля у пациента с диабетом типа 2, придерживающегося только диеты, можно проводить раз в неделю в различные точки в течение 1–2 месяцев.

С 2013 года действуют новые стандарты точности измерения глюкозы. Одним из приборов на нашем рынке, соответствующих этому стандарту, является прибор Контур Плюс. Важным преимуществом прибора является отсутствие необходимости кодирования. Чип в данной системе встроен непосредственно в тест-полоску, что исключает риск неправильного ручного кодирования. В этом глюкометре используется фермент ФАД-ГДГ, устойчивый к действию неглюкозных сахаров и кислорода, а соответственно повышается точность оценки непосредственно глюкозы крови. Важным дополнением является технология «второй шанс» — возможность дополнения капли крови на тест-полоске при недостаточном объеме первой набранной капли. Время измерения составляет 5 с, память хранит до 480 результатов. Спасибо за внимание!

КОНФЕРЕНЦИИ

## Будущее бремя аутоиммунных заболеваний

Первая междисциплинарная научная конференция «Аутоиммунные и иммунодефицитные заболевания», организованная РАН, Советом при Президенте РФ по науке и образованию, Федеральным агентством научных организаций России, Советом молодых ученых РАН, Российским научным медицинским обществом терапевтов при поддержке Министерства здравоохранения РФ, прошла в декабре 2016 года в Российской академии наук (г. Москва).

По статистике, представленной организаторами конференции, на сегодняшний день во всем мире насчитывается от 80 до 100 аутоиммунных заболеваний. Наиболее распространенные из них — ревматоидный артрит, аутоиммунный тиреоидит, болезнь Грейвса, рассеянный склероз, болезнь Крона, васкулиты, антифосфолипидный синдром, системная красная волчанка, синдром Шегрена, псориаз, аллергии, анкилозирующий спондилит, возможно — витилиго, сахарный диабет типа 1. Фиксируется всплеск данных заболеваний в развитых странах мира, причем более 75–80% людей, страдающих аутоиммунными заболеваниями, — женщины, из них большая часть детородного возраста. Среди основных причин исследователи называют генетическую предрасположенность (25%), хронический стресс, ухудшающиеся экологические факторы, инфекционные агенты, курение и неправильное питание.

Среди секций, предложенных вниманию участников научной конференции — экспертов, научных деятелей и врачей, — были «Влияние аутоиммунных заболеваний и их терапии на репродуктивную функцию», «Женское здоровье при аутоиммунных и иммунодефицитных заболеваниях», «Кардиоваскулярные проявления аутоиммунных заболеваний», «Генетика и эпигенетика аутоиммунных заболеваний», «Первичные и вторичные иммунодефициты у взрослых». На пленарной дискуссии представители медицинского сообщества обсудили текущую ситуацию в области аутоиммунных заболеваний в России. Кроме того, в рамках мероприятия состоялись совместные заседания с International Congress on Autoimmunity (Международным конгрессом по аутоиммунитету). Целью организаторов была идея, чтобы аутоиммунные заболевания воспринимались как врачами, так и обществом единой, однородной группой заболеваний.

По словам президента Международного конгресса по аутоиммунитету доктора Йехуды Шонфельда, аутоиммунные заболевания стали сегодня одной из важнейших проблем для медицинских работников и для обычных людей. «Мы учитываем все возможные факторы, которые составляют мозаику аутоиммунных заболеваний: работа нашего иммунитета, влияние окружающей среды и даже гормонов», — подчеркнул он, отметив особую роль так называемой теории гигиены. Согласно этой теории, ее только предстоит подтвердить или опровергнуть ученым — всплеск аутоиммунных заболеваний и аллергии в развитых странах является следствием чрезмерной борьбы с инфекциями и соблюдением правил личной гигиены. По мнению сторонников данной концепции, иммунная система создана природой для того, чтобы постоянно атаковать чужеродных агентов (паразиты, бактерии, вирусы), а при отсутствии их начинает агрессию против собственных тканей и органов, что и приводит к раз-

витию аутоиммунных заболеваний. «Когда моя старшая дочь родила дочку, я не успокоился до тех пор, пока не проследил, как она в первые дни своей жизни не получила «набор» микробов с языка нашей собаки», — рассказал доктор И. Шонфельд.

О том, что стирается грань между фундаментальной наукой и медициной, заявил главный ревматолог Минздрава России, глава Ассоциации ревматологов России, заместитель Председателя МГНОТ, академик Евгений

Насонов. Он подчеркнул, что аутоиммунные и иммунодефицитные заболевания вылечить нельзя, но можно контролировать, если пациент получает лечение постоянно. Е. Насонов отметил, что с помощью современных методов терапии и консолидации медицинского и научного сообществ

...более 75–80% людей, страдающих аутоиммунными заболеваниями, — женщины, из них большая часть детородного возраста.



для их разработки возможно «длительно поддерживать состояние пациентов, когда они чувствуют себя здоровыми».

Эксперты обсудили и проблему с квалифицированными кадрами в отечественной системе здравоохранения. Генеральный директор Северо-Западного Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова, президент Российского кардиологического общества, академик Евгений Шляхто с сожалением заметил, что российский медицинские вузы готовят кадры, не нацеленные «на новую медицину, о которой мы говорим». Чтобы изменить ситуацию, подчеркнул академик, в Санкт-Петербурге был организован кластер трансляционной медицины, с целью устранить барьеры между реальной медицинской практикой и новыми достижениями науки и технологий, и «способствовать появлению врачей будущего, имеющих все необходимые навыки работы».

...с помощью современных методов терапии и консолидации медицинского и научного сообщества для их разработки возможно «длительно поддерживать состояние пациентов, когда они чувствуют себя здоровыми».

## ИнтерНьюс

### Трудный возраст: чем опасно подростковое курение

Доля курящих россиян составляет сегодня 31%, а Россия по-прежнему входит в десятку самых курящих стран мира. Среди подростков процент курящих также остается запредельно высоким — количество курящих парней составляет порядка 75%, а девушек — около 64%. Средний возраст подростков, начинающих курить, варьирует от 13 до 15 лет — сигареты входят в жизнь детей в тот период, когда в ней и без того достаточно стрессов. Начальный возраст пробующих первую сигарету составляет 7–10 лет, а в основном среди курящих подростков — ученики старших классов в возрасте от 14 до 16 лет. Существует мнение, что курению подвержены только дети из неблагополучных семей и районов, но это не так — подростки из обеспеченных и социально защищенных семей курят ничуть не реже. Сегодня в России существуют законы по ограничению доступа подростков к табачной продукции, но большая часть законов на практике реализуется крайне неэффективно.

Одной из самых заметных тенденций этого года стал вейпинг. Закон пока не ограничивает курение электронных сигарет в общественных местах. Однако «используемые в них растворы и выделяемые из них вещества содержат другие химические вещества, некоторые из которых считаются токсичными» (Всемирная организация здравоохранения). А в статье, опубликованной в американском журнале Oral Oncology, говорится о том, что жидкости для вейпа и дым от них могут содержать не меньше канцерогенов, чем обычные сигареты.

Среди причин курения в подростковом возрасте специалисты выделяют стремление стать взрослыми, подражание сверстникам и старшим товарищам, желание получить авторитет, негативная обстановка в семье, психологические проблемы, проблемы социальной адаптации, взаимоотношений и общения, подражание экранными героям, персонажам из СМИ и телевидения.

Как полагают психологи, главная причина возникновения желания курить в подростковом возрасте — это коммуникативные обстоятельства. Подростки хотят общаться со сверстниками и идут курить просто за компанию. Хотя большинство знает о вреде курения достаточно, давление сверстников и примеры курящих родителей и кумиров сводят на нет все предупреждения и запреты.

На подростков курение влияет сильнее, чем на взрослых. Смертность людей, которые начали курить в подростковом возрасте, в несколько раз выше, чем у взрослых курильщиков. Вред подросткового курения проявляется в снижении памяти, уменьшении мышечного тонуса, ухудшении слуха и зрения. Серьезный вред курения для подростков заключается в появлении тяжелых заболеваний пищеварительной, нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и мочеполовой систем. У детей, матери которых начали курить в подростковом возрасте, проявляются как послеродовые, так и возрастные патологии.

Ядовитые компоненты табачного дыма приводят к головным болям, внезапной мигрени, снижают выносливость и работоспособность, координацию и моторику. Для того чтобы сократить вероятность появления патологий и тяжелых заболеваний, подросткам следует немедленно прекратить курить.

Помочь предотвратить курение у подростка или избавиться от него смогут советы опытных психологов и периодические консультации. Важно, чтобы подросток не только осознавал физический вред курения, но и то, почему он начинает курить.

<https://yodnews.ru/2016/12/10/trudnyj-vozrast-chem-opasno-podrostkovoe-kurenje/>

### Здравоохранение вошло в ТОП-3 главных проблем в стране

Всероссийский центр изучения общественного мнения узнал в декабре у россиян, какие проблемы они считают наиболее значимыми. В опросе участвовали 1600 человек. Первые строчки рейтинга главных проблем заняли низкие зарплаты (18%), экономика в целом (18%) и здравоохранение (17%). При этом актуальность проблемы здравоохранения серьезно выросла не только в течение этого года — с 7% в январе до 17% в декабре, но и по сравнению с данными двух последних лет.

В декабре 2014 года о проблемах в здравоохранении сказали 7% респондентов, в декабре прошлого года — 6%.

<http://doctorpiter.ru/articles/15989/>

Юлия Галина

## ИнтерНьюс

### Одежда для мониторинга здоровья людей после инсульта

Примерно 33 миллиона людей по всему миру пострадали в 2010 году от инсульта. В условиях все большего старения населения эта цифра увеличивается еще больше. Международная команда разработчиков показала созданный недавно костюм, который позволяет точно контролировать и анализировать в обычной жизни движения пациента, перенесшего инсульт. Одежда снабжена 41 сенсором, кроме того для ее использования применяется внешняя инфраструктура, которая используется для передачи, хранения и обработки информации. Новое решение позволит, по мнению разработчиков, улучшить процесс реабилитации пациента и снизить стоимость этого процесса для системы здравоохранения.

Система, получившая название INTERACTION, точно измеряет и моделирует качество движений пациентов и передает обработанную информацию терапевту. Для этого пациент в течение трех месяцев носит тонкий и удобный костюм под своей обычной одеждой. Используемые в системе датчики расположены на разных частях тела, они измеряют силу мышц, сгибание и разгибание спины и рук, сенсоры установлены даже в стельках обуви. Кроме того, этот костюм снабжен портативным передатчиком, который может передавать все данные через интернет на сервер обработки данных, расположенный в университете бельгийского города Твенте.

В настоящее время исследователи планируют провести дополнительные исследования, чтобы получить окончательную верификацию того, что подобный метод измерения наиболее подходит для контроля реабилитации пациентов.

<http://evercare.ru/rehabilitation-suite>

### Московские аптеки ограничили продажу валокордина

Некоторые московские аптеки ограничили продажу спиртосодержащих лекарств и настоек, показал опрос RNS. Часть опрошенных аптек подтвердили, что отпускают не более двух флаконов в руки.

Министр здравоохранения Вероника Скворцова ранее обещала, что спиртосодержащие лекарства изымать из аптек не будут, федеральное министерство уже договорилось об этом с регионами. Вопрос, будут ли они отпускаться только по рецептам, еще не решен. Она напомнила, что на регистрации в Минздраве, регулирующие отпуск спиртосодержащих настоек в аптеках.

22 декабря вице-премьер Александр Хлопонин заявил, что спиртосодержащие лекарства, такие как валокордин и настойка боярышника, должны продаваться в аптеках только по рецепту. Это заявление он сделал в связи с массовым отравлением в Иркутске суррогатом парфюмерного средства «Боярышник», в котором оказался метанол.

<http://www.vedomosti.ru/business/news/2016/12/23/671024-moskovskie-apteki-valokordina>

### В СПбГПМУ провели уникальную операцию девочке с раком щитовидной железы

В Педиатрическом университете (СПбГПМУ) провели уникальную операцию 14-летней девочке, страдавшей папиллярным раком щитовидной железы. Хирурги впервые применили нейромониторинг возвратных гортанных нервов у ребенка. В университете это не первый опыт хирургического вмешательства на щитовидной железе. Специалисты провели тысячи операций, но с применением интраоперационного мониторинга возвратных гортанных нервов — впервые. Раньше система использовалась только для взрослых пациентов. Дело в том, что при операциях на щитовидной железе существует риск повреждения возвратных гортанных нервов, которые чрезвычайно важны для сохранения голоса, нормального дыхания и глотания.

Интраоперационный мониторинг позволяет визуально наблюдать гортанные нервы и снизить частоту их повреждения. Это особенно актуально для пациентов, страдающих раком щитовидной железы с метастазами в шейные лимфоузлы. Мониторинг также поможет детям с диффузным токсическим зобом, узловым зобом и гиперпаратиреозом.

<http://doctorpiter.ru/articles/15945/>

## Оргкомитет Премии имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева Московского городского научного общества терапевтов объявляет очередной конкурс

на соискание Премии-2016 им. Д.Д. Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы, признанные достижения в профессиональной деятельности. В конкурсе могут принимать участие российские и зарубежные врачи.

Соискатель премии может выдвигаться как самостоятельно, так и третьими лицами (организациями, физическими лицами). Выдвижение кандидатов на соискание Премии производится в соответствии с Положением, опубликованном в Вестнике МГНОТ № 64 за 2007 год и на сайте [www.mgnot.ru](http://www.mgnot.ru).

Документы, необходимые кандидату для участия в конкурсе:

1. Заполненная и подписанная анкета от Заявителя с указанием сведений о номинанте:
    - полностью фамилия, имя и отчество;
    - число, месяц и год рождения;
    - место работы с указанием адреса учреждения, телефона, электронной почты;
    - занимаемая должность;
    - стаж работы;
    - ученая степень;
    - ученое звание и даты их присуждения;
    - домашний адрес и телефон;
    - паспортные данные;
    - ИНН;
    - номер пенсионного свидетельства.
  2. Обоснование участия в конкурсе в произвольной форме.
  3. Представление иных документов возможно, но не требуется.
- Дата окончания подачи документов на участие в конкурсе — 1 марта 2017 года.

Документы по выдвижению номинантов передаются в письменной форме по адресу Оргкомитета Премии: 119048, Москва, Хамовнический вал, 28-108. Желательно продублировать анкету по электронной почте: [mtndm@newdiamed.ru](mailto:mtndm@newdiamed.ru) (с пометкой «Премия») или по факсу: 8 (495) 225-83-74. Дата отправки корреспонденции не позднее 1 марта 2017 года.

Общий список кандидатов, представленных на соискание премии, будет опубликован в газете Вестник МГНОТ.

Жюри Премии предстоит рассмотреть список соискателей и принять решения о присуждении Премии одному из номинантов. Основным критерием оценки является общепризнанный вклад в развитие отечественной терапевтической школы.

Состав Жюри утвержден по итогам голосования членов Правления МГНОТ:

1. Академик РАН, профессор Воробьев Андрей Иванович (74% голосов);
2. Академик РАН, профессор Мухин Николай Алексеевич (58%);
3. Доктор медицинских наук, профессор Сыркин Абрам Львович (42%);
4. Член-корреспондент РАН, профессор Симоненко Владимир Борисович (37%);
5. Доктор медицинских наук, профессор Дворецкий Леонид Иванович (37%).

Вопросы можно направлять на адрес: [mtndm@newdiamed.ru](mailto:mtndm@newdiamed.ru); контактное лицо — Нерсисян Мадлена Юрьевна ([madlena15@yandex.ru](mailto:madlena15@yandex.ru); 8-903-191-66-94).

Легенда о бое на острове Диксон с немецким кораблем «Адмирал Шеер». У нас это семейная история. Здесь — батальное полотно героической защиты острова от превосходящих сил противника. Но детали, если убрать флер, совпадают: жаждали с берега из пушки (по семейному преданию — одной, по местному — из двух) корабль ушел.

Среди прочих — несколько стендов про Норильлаг, про жуткую историю высланных сюда в 41-м прибалтов и немцев. Еще раз — каждой теме по стенду. Ничего не выпячивая и не скрывая.

### П. Воробьев

## Путевые заметки профессора с курса для медицинских сестер в Дудинке

(окончание, начало в № 11)

Есть стенд про загадочный лагерь Нордвик. Это был самый северный поселок в мире. Там — удивительная экспозиция: американские вещи. Я-то сразу сделал стойку: по лэнд-лизу сюда завозились вещи. До Енисея ходили корабли серии Либерти. Но про это экскурсовод ничего не знает. Рельсы, рельсы Мертвой дороги с клеем Мерилэнда. Вот оно — недостающее звено в цепи доказательств! ГУЛАГ снабжался не

только американскими продуктами на Колыме, но и производственными материалами. Надо повнимательнее рассмотреть карту северного завоза — там стрелки упираются куда-то, на что я не обращал большого внимания. Теперь все становится еще более интересным.

Залеваю в Интернет. Информации очень мало, лагерь «не знаменит». Но на минуточку — Нордвикстрой. Как Норильлаг, Дальстрой и т.д. Порт на берегу Ледовитого океана, на море Лаптевых. Самостоятельный, из многих лапунктов. Тоже — добыча. Соль, уголь. Возили в Архангельск, как явствует из адресов на ящиках с солью. Появился в 1936 году. Набит американ-

скими ящиками, даже дома из них построены. Техника — американская. Машина едет на гусеничном ходу — вездеход. Впрочем, это могло появиться и позднее, с геологами, которые тут не только бываю, но и расписываются. Узкоколейка, какие-то тигли. Газета 45-го года (или 43-го, показания участников экспедиции Мемориала 90-го года расходятся). Значит, сюда тоже доходили «корабли Свободы», причем груз везли они не военный, а абсолютно сборный гражданский — для разведки нефти, угля, соли и прочего. Вот свидетельство экспедиции Мемориала 1990 г.: «По-

разило количество всевозможной техники, в основном американской. Огромные ящики с американским буровым оборудованием стоят нераскрытыми. Не погасло? В поселке было центральное отопление, электричество, телеграф, радиостанция, множество производственных объектов... Жилые дома в основном из досок, редко из бруса (очень часто, видимо, применялись доски от больших американских ящиков), стены двухслойные, в промежутке засыпали либо уголь, либо опилки — для утепления... И здесь кругом — американское оборудование. Найдены газеты «За индустриализацию Арктики» 1945 года. Знают ли американцы, что они помогали з/к в этой самой индустриализации?» Так что участие американцев в нашем ГУЛАГе становится все более очевидным и понятным.

Рядом с музеем в Дудинке воссоздан деревянный мост над ручьем, через который шли ЗК, прибывавая в Норильлаг, шли на работу из местных командировок, говорят — уводили из города на расстрел тоже через него. Мост слез. Кто-то из местных чиновников в запале сказал, что сюда будут приезжать молодожены. Идиот! Хотя — может быть и надо поклон-

иться памяти стигнувших тут за 20 лет десятков или сотен тысяч соотечественников. Никто цифры-то не знает. А судя по оставшимся оду-

хотворенным лицам на фотографиях, — это был именно геноцид. Генетическое умерщвление нации.

Общая моя оценка музея — на-отлично. Я впервые вижу в стране такой музей, где тема ГУЛАГа никак не выпячена и никак не убрана в запасник. А я «с инспекцией» объехал большинство музеев в стране, где эта тема актуальна. В Комсомольске-на-Амуре рассказывали про арестованных в городе и ни звука про лагерь, возникавшие одновременно с комсомольцами. В Салехарде — вообще ни звука, ни Мертвой дороги, ни поселенцев — ничего не было. В Надыме — силами энтузиастов сделана прекрасная выставка, но она — вне закона и ее все время пытаются прикрыть. В Томске — антикоммунистический музей с перегрузом всей ответственности на Ильича. На Колыме — частный музей в Ягодном, созданный Поникаровым в пустой квартире, а в Магадане все говорят, что про это надо забыть. В Норильске сказали, что Мемориалом у них и не пахнет, а тут — что норильский Мемориал им очень помог в сборе материала. Ну как это так?

Вот, вкратце, путевые ощущения. Удастся ли попасть сюда вновь — не ведомо.



...судя по оставшимся одухотворенным лицам на фотографиях, — это был именно геноцид. Генетическое умерщвление нации.



Однажды моя коллега-блогер написала пост в ЖЖ на тему того, как пациентам НЕ НАДО коммуницировать с врачом. И привела примеры того, как они одной фразой снижают ее мотивацию к сочувствию и сопереживанию. <http://alarmante.livejournal.com/41520.html>

«Мужчина 40, пьяный в хлам на приеме. Уточняю: вы сегодня алкоголь употребляли? Смотрит на меня презрительно и отвечает, с трудом ворочая языком: ну УПОТРЕБЛЯЛИ — и что? Выгоните меня? Я жену похоронил — Вам не понять, конечно...

**Надежда Зыкова**

## Несгораемый капитал

**От редакции:** Надежда — прекрасный врач-невролог и активный участник дискуссий в сети. Ее, как и многих, в последнее время побросало из привычного места работы в новое. У многих эта смена работы связана с проводимой оптимизацией здравоохранения, разрушением сложившихся коллективов и стереотипов. Иногда за все «отвечает» пациент. Об этом и пишет доктор.



Мне не понять, верно. И выгонять вас я не буду. Ваше личное дело, что вы делаете перед посещением врача. Я просто в документации отражу, что контакт с вами — крайне затруднен в связи с тем, что вы не вполне ориентированы в месте, во времени и в собственной личности, потому что незадолго до визита, с ваших же слов, выжрали флакон водки. Только вот когда приключится с вами нечто, чего можно было избежать, будь вы чуточку адекватнее в день визита, не вините потом врачей, ладно?»

Возможно, мои коллеги были бы целиком и полностью на стороне врача, но... Блогер позволила себе уничижительные характеристики пациентов, а это во врачебной среде — табу. Признали «стигмы выгорания» и «дефекты образования». Сошлись на том, что в остальном пользует врачевский непрофессионализм и отсутствие эмпатии.

Считается, что на состояние пациента огромное влияние оказывает отношение к нему врача. И если пациент доволен, например беседой с врачом, который его внимательно выслушал, в спокойной обстановке, и дал ему соответствующие советы, то это уже первый шаг к выздоровлению.

Давно уже признано, что общение врача и пациента можно назвать «вынужденным общением», так как основным мотивом встречи и беседы становится появление у одного из участников взаимодействия проблем со здоровьем. Поэтому общение может протекать на негативном эмоциональном фоне. Со стороны врача «вынужденность» общения обусловлена его профессией и социальной ролью. Врач не может выбрать субъект общения, практически — не может отказать пациенту в помощи. А заинтересованность врача в пациенте может объясняться, например, соображениями профессионального долга, карьерой, положением в обществе, а также материальным подкреплением (заработной платой).

У пациента мотивы обращения к врачу тоже могут быть разнообразными. Во-первых, человек может быть нацелен на обследование у врача с целью исключить наличие заболевания. Он рассчитывает подтвердить собственную версию о том, что испытываемый им дискомфорт обусловлен какими-либо внешними причинами и не требует медицинского вмешательства. Во-вторых, мотивация может носить противоположный характер — обнаружение симптомов и подтверждение предполагаемого пациентом диагноза заболевания. Тогда цель обследования и ожидание его результатов оказываются иными.

В-третьих, состояние пациента может ухудшиться настолько, что у него не останется никаких установок, кроме ожидания немедленной помощи (обезболивания, например). В четвертых, при обращении пациент может решать для себя какие-то социальные вопросы, никак не относящиеся к лечебному процессу. Другими словами, болезненное состояние приносит пациенту какую-то пользу, и в результате он стремится его сохранить. Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии. В любом случае несовпадение реальности и ожиданий способно вызвать негативную и даже аффективную реакцию со стороны пациента.

Итак, с одной стороны, мы имеем «вынужденное общение», с другой — «управление диалогом». Взаимоотношения врача и пациента — не просто обмен сведениями. Это важная часть лечения. Искусство собирания анамнеза — нелегкое искусство. Выражаясь языком психологов, это «управляемый разговор», предназначенный для сбора анамнестических данных, причем управлять разговором врачу необходимо незаметно. Пациент не должен чувствовать принуждения! При этом врачу необходимо оценить серьезность жалоб, манеру их предъявления, отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая пациента недоверием, помочь вспомнить, не внушая. Все это требует большого такта, в особенности, когда речь идет о выяснении душевного состояния, психических травм, играющих большую роль в развитии болезни. Во время расспроса нужно всегда учитывать культурный уровень пациента, степень его интеллектуального развития, профессию и другие обстоятельства.

Поэтому скорее выгоревшему врачу можно поставить в упрек отсутствие такта в общении с пациентами, чем низкий профессионализм, не правда ли? Квалификация врача включает в себя как минимум два качества. Первое — это уровень знаний и навыков, которыми обладает доктор. Второе — использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Так, на первый взгляд, категория компетентности не относится к этическим нормам. Однако это относится к случаям недостаточной компетентности — недостаточные знания и навыки в области профессиональной деятельности могут отрицательно повлиять на здоровье пациента. Видите, как все сложно.

В нашем же случае, врач — компетентен, профессионален и интеллектуально развит. Что же привело его к тому, что его пост вызвал такое недопонимание коллег? Все просто. Доктор, согласно планов «оптимизации», был уволен из рядов экстренных служб и направлен в обычную районную поликлинику, где, как мы уже выяснили, мотивы обращения к врачу у пациента могут быть самыми разнообразными. Поэтому «вынужденность» общения со стороны как врача, так и пациента приводит к созданию напряженной психологической обстановки между ними буквально на первых же минутах приема.

Выход мои коллеги предложили в программах обучения врачей по типу «психологической переподготовки», иначе такая «оптимизация» становится подобна пересаживанию военных летчиков в гражданские самолеты, что в авиации совсем не поощряется именно из-за угрозы жизни пассажиров. Сошлись на том, что необходимо учить врачей хотя бы двум-трем простым приемам клинической конфликтологии.

Хотела вот только спросить: моим коллегам это надо?

Только вот когда приключится с вами нечто, чего можно было избежать, будь вы чуточку адекватнее в день визита, не вините потом врачей, ладно?

Искусство собирания анамнеза — нелегкое искусство. Выражаясь языком психологов, это «управляемый разговор», предназначенный для сбора анамнестических данных, причем управлять разговором врачу необходимо незаметно.

Доктор, согласно планам «оптимизации», был уволен из рядов экстренных служб и направлен в обычную районную поликлинику, где... мотивы обращения к врачу у пациента могут быть самыми разнообразными.

## ИнтерНьюс

**Тяжелобольным пациентам разрешат использовать медоборудование дома**

Премьер-министр России Дмитрий Медведев поручил Минздраву до 15 июня 2017 года проработать вопрос об использовании медицинского оборудования при оказании паллиативной помощи на дому немедицинскими работниками. Соответствующее поручение было дано по итогам селекторного совещания «Об охране здоровья матери и ребенка», прошедшего в Оренбурге 12 декабря.

В России около 300 тысяч неизлечимо больных граждан нуждаются в паллиативной медицинской помощи, заявляла в начале 2016 года главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России Диана Невзорова. Минздрав поставил своей целью довести количество паллиативных коек к 2020 году до 14 тысяч, по одной койке на 1 млн жителей страны.

Однако в последние месяцы эксперты все больше обсуждают вопросы оказания паллиативной помощи на дому. Так, в середине декабря московское отделение Общероссийского народного фронта (ОНФ) предложило правительству Москвы включить паллиативную помощь на дому в систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Большинство специалистов, работающих с неизлечимо больными людьми, и отраслевые эксперты считают эту инициативу правильной, но не всем она кажется реалистичной.

Другой аспект использования медицинского оборудования на дому — лечение детей, нуждающихся в искусственной вентиляции легких (ИВЛ). По существующим стандартам, такие дети, несмотря на ясность сознания и мышления, не могут получать помощь вне стационара.

<http://www.vademec.ru/news/2016/12/26/rodstvennikam-palliativnykh-bolnykh-razreshat-ispolzovat-medoborudovanie-na-domu/>

**Прием рыбьего жира во время беременности снижает риск развития астмы у детей**

Дети, чьи матери в последние три месяца беременности принимали рыбий жир, реже страдают от проблем с дыханием, сообщили ученые из Копенгагенского университета. В работе датских специалистов участвовало около 700 беременных женщин. Часть из них употребляла рыбий жир двух видов в количестве 2,4 грамма в день на протяжении всего третьего триместра, когда формируются легкие плода. А контрольная группа получала капсулы с оливковым маслом, которые выглядели так же, как капсулы с рыбьим жиром. До того как родившимся детям исполнилось 3 года, ни участницы, ни исследователи не знали, кому и с каким содержанием достались капсулы. Матери получили эту информацию только после того, как их дети достигли возраста в 5 лет. Все это время они записывали все эпизоды проблем с дыханием у малышей. Исследователи выявили, что среди детей матерей, употреблявших рыбий жир, вероятность развития проблем с дыханием составляла 17%. В контрольной группе заболеваемость достигла 24%, то есть была выше на треть. Кроме того, в «группе рыбьего жира» дети реже болели бронхитом, пневмонией и другими респираторными заболеваниями.

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2016/12/30/211asthma/>

**Ученые нашли вещество, способное помочь людям с синдромом Прадера—Вилли**

Американские ученые выявили вещество, способное улучшить состояние людей с синдромом Прадера—Вилли — неизлечимым генетическим заболеванием, рассказывает журнал Nature Medicine. Эксперименты на животных дали положительные результаты.

Ингибиторы белка G9a, ответственного за регуляцию генов, оказались способны продлить жизнь больным мышам и приблизить их развитие к нормальному. Также они были эффективны в клетках тканей, взятых у людей с синдромом Прадера—Вилли. Чтобы найти нужное вещество, ученые пересмотрели более 9 тыс. различных соединений.

Синдром Прадера—Вилли характеризуется склонностью к ожирению, маленьким ростом, задержкой в развитии. Также частые симптомы — косоглазие, искривление позвоночника, пониженная плотность костей, повышенная сонливость. Частота встречаемости — 1 случай на 12—15 тыс. младенцев.

[https://www.gazeta.ru/science/news/2016/12/27/n\\_9505835.shtml](https://www.gazeta.ru/science/news/2016/12/27/n_9505835.shtml)



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

2-3 октября 2017 г., Москва

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

### УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

### ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ

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

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

IT-технологии в помощь пожилым.

Профилактика преждевременного старения.

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

Геронтофармакология.

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

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

### ВАЖНЫЕ ДАТЫ

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

### ФОРМА УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Председатель оргкомитета:** профессор Воробьев Павел Андреевич

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

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



### ИЗВЕЩЕНИЕ

ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001

(наименование получателя платежа)

7702245220 № 40702810600000128049

(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)

в ВТБ 24 (ПАО) г. Москва

(наименование банка получателя платежа)

БИК 044525716 № 30101810100000000716

(номер кор./с банка получателя платежа)

Плательщик: \_\_\_\_\_  
(ФИО и адрес плательщика)

Назначение платежа: **За годовую подписку газеты «Московский доктор» 2017 г. ( НДС не облагается)**

Сумма платежа: **1000 руб. 00** коп.

Плательщик: \_\_\_\_\_ (подпись) Дата: **2017** года

Кассир

### КВИТАНЦИЯ

ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001

(наименование получателя платежа)

7702245220 № 40702810600000128049

(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)

в ВТБ 24 (ПАО) г. Москва

(наименование банка получателя платежа)

БИК 044525716 № 30101810100000000716

(номер кор./с банка получателя платежа)

Плательщик: \_\_\_\_\_  
(ФИО и адрес плательщика)

Назначение платежа: **За годовую подписку газеты «Московский доктор» 2017 г. ( НДС не облагается)**

Сумма платежа: **1000 руб. 00** коп.

Плательщик: \_\_\_\_\_ (подпись) Дата: **2017** года

Кассир

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 **д**

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