



22–24 марта 2017 г. в Москве прошла XIV Всероссийская школа ревматологов имени академика В.А. Насоновой «Клинические рекомендации по диагностике и лечению ревматических заболеваний», организованная Ассоциацией ревматологов России (АРР) и ФГБНУ НИИР имени В.А. Насоновой. Как отметил президент АРР, главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава России, заместитель председателя МГНОТ, академик Е.Л. Насонов, современное развитие ревматологии диктует новые требования к ведению пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями, в связи с чем повышение уровня профессиональной подготовки как врачей-ревматологов, так и специалистов первичного звена приобретает колоссальное значение. Накануне съезда мы попросили Евгения Львовича рассказать об актуальных задачах и насущных проблемах отечественной ревматологии, а также о вкладе в развитие этой отрасли медицины его мамы — академика Валентины Александровны Насоновой. Беседа проходила в стенах Института ревматологии РАМН, который Валентина Александровна возглавляла с 1970 по 2001 гг. А затем — до середины 2016 г. — этим институтом руководил Е.Л. Насонов.

— Евгений Львович, напомните, пожалуйста, как академик Валентина Александровна Насонова, признанный во всем мире ученый, начинала свой путь в медицину, в ревматологию?

— Валентина Александровна поступила в медицинский институт в 1941 г. Ее институт в начале войны перевели в Челябинск, и закончила ВУЗ она уже там, в 1944 г. А потом вышла замуж. И муж вызвал ее в Москву. Здесь она поступила в ординатуру в Тареевскую клинику. И это определило ее интересы и дальнейшую судьбу, поскольку академик Евгений Михайлович Тареев, выдающийся терапевт, занимался многими проблемами медицины. В частности, только тогда впервые появилась концепция новой группы заболеваний, которые раньше назывались «коллагенозы», а сейчас — «системные заболевания соединительной ткани». Тареев ей поручил заниматься этой проблемой. Под руководством Евгения Михайловича она защитила диссертацию по системным васкулитам. Тогда как раз создавался институт ревматологии. В то время у нас было два выдающихся ревматолога и выдающихся терапевта — академик Нестеров и академик Тареев. Организация института была поручена академику Анатолию Иннокентьевичу Нестерову. Академик Тареев тоже принимал в этом участие и на каком-то этапе руководил этим направлением в институте. Вот так, собственно говоря, решилась судьба Валентины Александровны, потому что Евгений Михайлович Тареев планировал организовать Институт нефрологии и предлагал ей заняться этим направлением. Но было решено, что она будет продолжать заниматься этой проблемой под руководством Тареева в рамках Института ревматизма (как в те времена назывался Институт ревматологии) и станет его сотрудницей. В те годы уже было понятно, что кроме ревматических пороков сердца важное место в ревматологии занимают и другие заболевания, аутоиммунные. Вот таким образом пришла в ревматологию Валентина Александровна, с одной стороны, относительно случайно, но, с другой стороны, в этом была какая-то закономерность.

— Как дальше проходило становление Валентины Александровны как ученого?

— Собственно, ее жизнь совпала со становлением ревматологии как специальности. У нас в стране она развивалась несколько необычно. Так, острая ревматическая лихорадка была социально значимой болезнью, то, что мы называем «ревматизмом» в бытовом, широком смысле слова. Однако уже тогда было понятно, что ревматология — это не только пороки сердца (которые в большей степени кардиологическая, а не ревматологическая проблема), но и заболевания суставов, заболевания соединительной ткани, нарушения иммунитета, аутоиммунная патология. При этом все это формировалось буквально в 50-х годах, то есть в период становления Валентины Александровны как ученого, как врача. И вот к 1970 г. стало понятным, что направление, связанное с ревматизмом, развива-

ется успешно и настолько успешно, что к 1980 г. новых случаев острой ревматической лихорадки, связанной со стрептококковой инфекцией, уже практически не было. То есть удалось справиться с этой действительно колоссальной проблемой за счет и организации института, и организации противоревматической службы.

ревматологии. Благодаря ее активной позиции институт стал заниматься всем кругом вопросов: ревматоидным артритом (его мы рассматриваем как визитную карточку современной ревматологии), остеоартритом, болезнью Бехтерева... И продолжалось активное исследование аутоиммунных заболеваний. Впервые

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Евгений Насонов: «В XXI веке роль врача общей практики становится все более важной»



Я бы сказал, что в 70–80-х годах ревматология развивалась в очень современном ключе. Потому что было ясно, что, кроме создания института, надо создавать сеть специализированных учреждений на всей территории Советского Союза. И все это было очень успешно реализовано. Буквально за 10 лет нам, советским врачам, удалось решить эту социально значимую проблему, резко снизить число пациентов с пороками сердца.

Затем, когда Валентину Александровну назначили директором, — а она ведь была молодой женщиной, ей не было 50 лет, — то институт достаточно быстро адаптировал все наиболее важные достижения современной

благодаря участию Валентины Александровны были налажены важные лабораторные исследования для диагностики аутоиммунных заболеваний. Все это, вместе взятое, послужило основой создания современного, высокотехнологичного, как сейчас модно говорить, института, который занимается всем кругом вопросов современной ревматологии. Именно благодаря этой базе, очень хорошо созданной, уже в дальнейшем, в 90-х годах, в начале XXI века, наш институт смог адаптировать все самые яркие достижения, связанные с фармакотерапией аутоиммунных заболеваний.

— А почему именно Валентину Александровну назначили директором института?

— Сложно сказать. Академик Нестеров был очень мудрым человеком, и для него интересы дела всегда были самыми важными. Валентина Александровна не была тем человеком, которого можно было бы рассматривать как его ученицу. И в этом отношении, наверное, ему было трудно принять это решение. Но он как-то сразу понял, что она может сплотить коллектив, вывести институт на новые рубежи, на ту ревматологию, которая определяет роль этой специальности в мире, не замыкаясь в проблемы, которые, может быть, были более характерны для терапии. Потому что проблемой пороков сердца тогда занимались многие крупные терапевты, а вот заболеваниями суставов, аутоиммунными заболеваниями — немногие, это было новое направление. И А.И. Нестеров очень точно понял, в чем будущее ревматологии. Ну и выбрал, наверное, наиболее из всех активного и как врача, и как ученого человека. Мы как некую легенду передаем из поколения в поколение историю о том, что, когда он ее вызвал и предложил — а, не скрою, на роль директора было много претендентов и очень достойных, были и академики — то сказал: «Вы должны дать мне слово, что не будете заниматься только системной красной волчанкой». Системная красная волчанка ассоциируется с ее именем, причем не только в нашей стране, но и в мире. Она дала ему такое слово, став уникальным ревматологом широкого профиля. И первые публикации, первые серьезные исследования в ревматологии по очень многим разделам, конечно, связаны с ее именем.

— В одном из интервью вы сказали, что Валентина Александровна по складу характера не была диктатором, некоторое время после назначения руководителем института приходила домой с работы подавленная, а потом ей удалось переломить ситуацию. У нее были какие-то проблемы?

— Что могу сказать... А.И. Нестеров привел в институт плеяду своих учеников. Когда он назначил

В те годы уже было понятно, что кроме ревматических пороков сердца важное место в ревматологии занимают и другие заболевания, аутоиммунные.

ИнтерНьюс

Минздрав объяснил исключение анализов крови и мочи из диспансеризации риском возможных осложнений

Министерство здравоохранения РФ в январе 2017 года представило проект приказа «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Авторы документа, который должен вступить в силу с 2018 года, заявили о намерении исключить из диспансеризации такие исследования, как клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи и УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Главный внештатный специалист Минздрава РФ по профилактической медицине Сергей Бойцов заявил «МВ», что новый порядок диспансеризации поможет исключить выбрасывание денег на ветер. Минздрав России в письме Фонду «Здоровье» обосновал необходимость исключения анализов крови и мочи, а также УЗИ некоторых внутренних органов из диспансеризации их недостаточной информативностью и риском возможных осложнений. Общий и клинический анализ крови, общий анализ мочи и УЗИ «имеют низкую частоту впервые выявленной патологии», говорится в ответе Минздрава на просьбу фонда разъяснить причину исключения этих основных исследований. Еще одна причина исключения перечисленных анализов и УЗИ, согласно ответу ведомства, состоит в том, что они могут сопровождаться «различными осложнениями». В официальном ответе Минздрава приводится еще одно обоснование необходимости отказа от диагностических исследований при диспансеризации: «ложноотрицательные результаты могут вызывать необоснованную уверенность граждан в отсутствии у них заболевания, а ложноположительные результаты могут приводить к необоснованному беспокойству, а в худшем случае — к назначению несоответствующего лечения».

<http://www.medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-obyasnil-iskluchenie-analizov-krovi-i-mochi-iz-dispanserizacii-riskom-vozmojnyh-oslozhenii.html>

Интерфейс «мозг—компьютер» позволил управлять парализованной рукой

Инженеры и нейробиологи из Университета Кейс Вестерн Резерв создали систему, которая позволяет полностью парализованному на протяжении многих лет пациенту через интерфейс мозг—компьютер управлять не протезом, а собственной рукой.

Новая работа, в результате которой фактически создан протез разрушенного трамвайной нервной пути от мозга к конечности, опубликована в журнале The Lancet.

53-летнему пациенту, в течение восьми лет полностью парализованному в результате травмы позвоночника, провели имплантацию электродов в головной мозг. Если быть точными, то в область моторной коры, отвечающей за движение рук, имплантировали два блока по 96 электродов, соединенных через интерфейс мозг—компьютер с 36 стимулирующими мышцу электродами с каждой рукой.

Затем пациент несколько месяцев при помощи виртуальной реальности тренировался посылать силой мысли сигналы собственным рукам: он следил за собственной виртуальной рукой на экране компьютера, которая тоже управлялась через интерфейс «мозг—компьютер». Компьютер подкачивал очередное нужное движение, и когда собственная рука пациента выполняла его, звучал сигнал об успехе. Так пациент учился выполнять элементарные движения кистью или рукой. В результате у него начали получаться некоторые бытовые действия: он смог самостоятельно принимать пищу.

В контрольных испытаниях пациент должен был выпить кофе, используя нейропротез. Сделать глоток из чашки удалось в 11 попытках из 12, правда, пока что это делается слишком медленно: каждый цикл «взять чашку, поднести к губам, сделать глоток, поставить чашку на место» отнимал от 20 до 40 секунд. Тем не менее, по сравнению с восьмью годами полной неподвижности, это, безусловно, успех.

«Наше исследование находится на начальной стадии, но мы полагаем, что такое устройство даст парализованным людям возможность выполнять повседневные действия, обеспечивая им большую независимость», — говорит один из авторов работы, инженер из Университета Кейс Вестерн Резерв Болу Аджибойе.

<http://neuronovosti.ru/bci-miostimulation/>

Начало на стр. 1 ↗

молодую женщину, несколько из другого круга и с другими интересами, то, конечно, это было непростое решение для коллектива. И тем не менее, все очень быстро нормализовалось. Может быть, спустя 3—5 непростых лет... Валентина Александровна Насонова сохранила кадры. Практически, никого не уволила. Наоборот, люди, сначала настроенные критически, потом стали ее верными соратниками.

Она активно развивала международное сотрудничество. Быстро развивались и научные, и дружеские контакты со странами социалистического лагеря. И — с лучшими зарубежными центрами США, Франции, Великобритании, Германии (несмотря на железный занавес и разные проблемы). Надо сказать, что эти дружеские симпатии и уважение сохранились на долгие годы. Сейчас уже пришли к руководству мировой ревматологией бывшие ученики, аспиранты, молодые сотрудники корифеев, вместе с которыми Валентина Александровна создавала современную ревматологию. Много лет прошло, но все маститые, выдающиеся ревматологи, с которыми мы встречаемся за рубежом, ее знают и помнят. До сих пор с ее именем ассоциируется российская ревматология. И это связано не только с тем, что она была президентом Европейской противоревматической лиги (кстати, за всю историю этой организации — единственная женщина). Но и с тем, что, когда эти маститые ученые были совсем молодыми и только начинали свою работу, то, встречаясь с ней и видя, как к ней относятся их учителя, они пронесли через всю жизнь колоссальное к ней уважение. То время, видимо, было романтическим периодом становления новой специальности, когда группа крупных ученых объединилась, вне зависимости от страны, где они жили и работали, и создали то, что мы называем современной ревматологией.

— Как удалось в 90-ые годы сохранить отечественную ревматологическую службу?

— Было очень сложно. Первое — это экономические проблемы. Нужно прямо сказать, что благодаря Академии медицинских наук удалось сохранить хоть какое-то финансирование, которое позволяло сохранить институт. Второе — это кадры. Здесь, конечно, большие потери. Многие талантливые сотрудники, которые сейчас могли бы внести серьезный вклад в развитие отечественной ревматологии, уехали за границу, и многие сделали там хорошую карьеру. И сейчас мы испытываем, не скрою, определенные трудности. Потому что у нас есть корифей, есть люди моего возраста и есть хорошая молодежь. А среднего поколения, которое могло бы сейчас занять те позиции, которые позволили бы нам повысить уровень нашей специальности, — практически, нет.

— Не могли бы вы назвать инициативы по развитию российской ревматологии академика Валентины Александровны Насоновой?

— Вы знаете, я бы сказал, это все то, что сейчас есть. В начале этого тысячелетия, когда я уже стал директором и работал достаточно активно по поддержанию и развитию нашей ревматологической службы, сделал даже таблицу — приказы, которые были в 70—80—90-х, и что мы сделали, начиная с 2000 года по настоящее время. Оказалось, не так много, потому что основа ревматологической службы — все основополагающие приказы Министерства здравоохранения были уже созданы. Несмотря на то что реализация их была часто из-за отсутствия финансирования затруднена, база была создана для того, чтобы ревматология наша существовала как самостоятельная специальность. Чем больше я живу, тем больше понимаю, насколько это важно, потому что сейчас оказалось, что, как не парадоксально, то, что мы называли ревматологической службой России или Советского Союза, является прообразом той службы, которую теперь пытаются развивать и за рубежом. Потому что какими бы не были выдающимися достижения, новые методы диагностики, новые методы терапии, без инфраструктуры, которая позволяет обеспечить как можно более быстрый доступ больного именно к узкому специалисту ревматологу, проблемы не решаются. Проблема ранней диагностики, раннего начала терапии во всех странах мира решается только через узких специалистов. Врачи общей практики не могут охватить

...у нас есть корифей, есть люди моего возраста и есть хорошая молодежь. А среднего поколения, которое могло бы сейчас занять те позиции, которые позволили бы нам повысить уровень нашей специальности, — практически, нет.

...то, что мы называли ревматологической службой России или Советского Союза, является прообразом той службы, которую теперь пытаются развивать и за рубежом.

...быть директором — это тяжелый хлеб.

...сейчас бюджет среднего института в США, в Германии приближается к бюджету всей российской медицинской науки.

весь объем современных знаний в области терапии, клинической медицины. Их задача — как можно скорее заподозрить наше заболевание и направить к специалисту. Специалисты должны быть объединены в структуру на уровне государства, мы ее называем «ревматологическая служба» (чтобы у нас были и врачи в поликлиниках, и соответствующие отделения в районных, городских и областных больницах).

Второе — проблема конкретных заболеваний, поскольку в основе ревматических заболеваний лежат тяжелые нарушения иммунитета, это классические аутоиммунные болезни. И проблема, допустим, лабораторной диагностики здесь имеет фундаментальное значение. Без этой работы, достаточно сложной, связанной с новыми приборами, в том числе, с новыми методами, невозможно развитие нашей специальности.

Третье — это проблема фармакотерапии — ключевая проблема любой медицинской специальности. Ревматические болезни — это хронические заболевания, лечить их — трудная и неблагодарная задача. Специальных противовоспалительных препаратов для лечения наших заболеваний не разрабатывали. Все, что мы имели и имеем, — пришло к нам из онкологии. То есть мы начали использовать для лечения так называемые цитостатические онкологические препараты, адаптируя их под проблемы, связанные с воспалением. Для того чтобы это все начинать, конечно, должны быть и клиническое чутье, и клинический опыт, и в определенной степени сме-

лость. Например, Валентина Александровна стояла у истоков разработки применения глюкокортикоидов в ревматологии, применила их одна из первых еще в начале 50-х годов. А эти препараты по-прежнему остаются одними из самых важных для лечения аутоиммунных заболеваний человека. Кстати, не могу не сказать, что Павел Андреевич Воробьев — вообще-то ученик Валентины Александровны Насоновой, поскольку она у него была как бы и научным руководителем, он же занимался как раз плазмаферезом, а это те проблемы, которые решались тогда в Институте ревматологии.

Могу привести другие примеры. Например, болезнь Лайма — боррелиоз к нам пришла, я имею в виду в ревматологию, в 90-х годах. Эта проблема стоит на стыке специальностей и ревматологии, и в определенной степени неврологии, поскольку у пациентов бывает иногда неврологические нарушения. Открыта она была в Соединенных Штатах Америки, куда в 90-х годах целая плеяда наших российских молодых ревматологов поехала, и были разработаны системы, которые мы потом адаптировали — так это направление благодаря активности Валентины Александровны было создано. И сегодня Институт ревматологии является референсным центром для лечения этих пациентов. Это связано с тем, что в нашей стране много леса, проблема клещей даже в Подмосковье достаточно актуальна в летнее время. Клещи как раз и переносят боррелии, которые вызывают данную инфекцию. Я привел такой пример, поскольку он хорошо отражает то чувство нового, что характерно для Валентины Александровны Насоновой. Она умела все очень быстро организовывать, причем самыми оптимальными путями. В данном случае — это быстрое международное сотрудничество и решение буквально за год тех задач, на которые, если бы мы занимались этим сами, нам потребовалось бы очень много времени.

— Вы возглавили Институт ревматологии в 2001 году. Как вы считаете, удалось сохранить его атмосферу, научные, творческие традиции?

— Все сложно. Не хочу преувеличивать или преуменьшать, но я считаю, что самая важная задача — здесь никаких родственных ассоциаций у меня нет — сохранение таких традиций. Вообще-то я никогда не хотел быть директором (в свое время мы, не скрою, обсуждали это с

Валентиной Александровной) и даже сегодня не уверен, что это было правильное решение. Оно было тяжелое. Так получилось, что, когда это все произошло, я не работал в институте (правда, я заведовал кафедрой ревматологии), поэтому упрекнуть меня в том, что меня продвигали, в частности мама, — как-то сложно. Так что были сомнения и у меня,

Продолжение на стр. 3 ↗



Журнал
«Клиническая геронтология»
теперь доступен для загрузки!



Начало на стр. 1, 2 ↗

и у нее. Мы всегда понимали, что быть директором — это тяжелый хлеб. И только поверхностный человек может считать это целью жизни. Жизнь не в этом заключается, в чем угодно, но только не в этом. А дальше — была нормальная работа. С одной стороны, я, как мне кажется, сделал все, что от меня зависело, с другой стороны, понимаю, что сделал мало. Видимо, мне не удалось передать свои сокровенные мысли, энтузиазм, понимание, что такое порядочность. Сейчас вообще непростой период. Думаю, что такой он для всех, для многих специальностей — достаточно ответственная смена поколений, которая сейчас происходит. Эти возрастные цензы... В принципе, все правильно. Но мне кажется, что тут есть нюансы, которые надо было бы учитывать.

— *Расскажите, пожалуйста, о достижениях института за время вашего руководства.*

— Вы знаете, я вообще очень критично отношусь и к моему личному вкладу, и к вкладу института — в ревматологию. Но нельзя же все время критиковать самого себя, надо когда-то и похвалить. Все-таки, мы сегодня — в струе мирового процесса, а если и отстали, то не настолько, чтобы не понимать, о чем идет речь. В 70-х годах прошлого столетия, когда я начинал свою научную деятельность, такого кардинального различия между средствами, выделяемыми государством на развитие медицины у нас и за рубежом, конечно, не было, а сейчас бюджет среднего института в США, в Германии приближается к бюджету всей российской медицинской науки. Мы должны это понимать. Второе — многие талантливые люди работают сейчас в зарубежных странах и вносят серьезный вклад в развитие их медицины, в частности, ревматологии. Тем не менее наш центр мало чем уступает лучшим зарубежным центрам (подчеркну, не клиникам, а именно научным центрам). Мы продолжаем активно разрабатывать наиболее актуальные и перспективные направления ревматологии. Но, к сожалению, сегодня актуальными остаются проблемы финансирования и подготовки кадров. Думаю, что здесь не чья-то персонально вина, а — просто мы живем в эпоху перемен.

— *По вашему мнению, насколько терапевт должен разбираться в ревматологии?*

— Во-первых, сам я считаю себя терапевтом. Я получил, как мне кажется, очень хорошую терапевтическую школу. Потом занимался различными вещами, в частности проблемами лабораторной диагностики, заведовал много лет лабораторией клинической иммунологии Института клинической кардиологии имени А.Л. Мясникова Всесоюзного кардиологического научного центра АМН, и, казалось бы, был далек в этот период от клиники. Наверное, действительно, много потерял. Тем не менее все больше убеждаюсь, что терапевтическая школа сыграла колоссальную роль. Во-вторых, в XXI веке роль врача общей практики — терапевта, мне кажется, становится все более и более важной. Просто потому, что, если говорить уже в контексте ревматологии, очень много больных. У нас в стране примерно полторы тысячи ревматологов, что крайне мало. Но даже если бы нас было в десять раз больше, без организации ревматологической службы, без ее развития и, что самое главное, без повышения знаний терапевта в области ревматологии нам бы не удалось кардинально улучшить ситуацию. Потому что в России довольно много тяжелых пациентов, которыми должны заниматься только ревматологи. Я думаю, что их не меньше миллиона, а, может быть, значительно больше, и это хроники, а с каждым годом появляются новые пациенты. Мы все яснее начинаем понимать, что какие бы у нас не были выдающиеся новые инновационные лекарственные препараты, они все эффективны только на самой ранней стадии болезни. Вы знаете, ситуацию в ревматологии можно сравнить с онкологией. Я это сравниваю не потому, что слишком преувеличиваю значение ревматологии — понимаю, разумеется, что есть и другие очень тяжелые болезни, однако ситуация с этими заболеваниями действительно близка. Например, все цитируют сейчас академика М.И. Давыдова, который сказал, что можно излечить

...какие бы у нас не были выдающиеся новые инновационные лекарственные препараты, они все эффективны только на самой ранней стадии болезни.

Стоимость ревматологического больного — катастрофическая, она приближается к стоимости онкологических пациентов.

Мне кажется, у нас сегодня крайне недооценивается роль врача...

Психологические факторы в ревматологии — а речь идет о боли — имеют колоссальное значение!

рак на первой стадии, но далее трудно говорить о прогрессе в лечении онкологических заболеваний, несмотря на потрясающую хирургическую технику, новые лекарственные препараты противораковые, использование радиологических методов лечения. А ведь в ревматологии ситуация та же самая. Конечно, если мы вовремя не распознаем заболевание, не начнем лечение, пациент не умрет. Но он на всю жизнь останется инвалидом, и его состояние будет потихонечку ухудшаться на наших глазах, и двигаться к такой малоприятной, поверьте мне, ситуации, как протезирование суставов. Это неизбежно, чтобы мы не делали, какие бы лекарства не использовали. А они часто крайне дорогие...

Стоимость ревматологического больного — катастрофическая, она приближается к стоимости онкологических пациентов. Ведь наши пациенты живут долго. И в течение десятков лет они вынуждены получать дорогостоящие методы лечения. Так вот залог успеха — мы говорим о ремиссии, безлекарственной ремиссии — это возможность поставить диагноз рано. Но, к сожалению, наши пациенты не идут к ревматологу. Они идут к врачу-терапевту с болью. И если врач не знает, что существует эти тяжелые, довольно быстро прогрессирующие ревматические заболевания, он пытается помочь им симптоматическими средствами (нестероидными противовоспалительными препаратами), упуская важное время. Поэтому я считаю своей самой важной сейчас задачей — именно в новом статусе, на новом витке жизни — передать все свои знания и опыт врачам-терапевтам. Для этого необходимо понимать, что должен

знать терапевт по ревматологии, поскольку объем информации фантастический. Кстати, обычно я начинаю лекции со своего любимого афоризма... Прислушав оперу «Похищение из сераля» Моцарта, австрийский император Иосиф II заметил: «Слишком красиво для наших ушей и слишком много нот, дорогой Моцарт». «Ни одной лишней, Ваше Величество», — возразил Моцарт.

— *А как вы относитесь к идее внедрения телемедицинских технологий в наши клиники? Насколько продвинут в этом отношении Институт ревматологии?*

— В 2005—2006 гг. мы в институте уже имели центр телемедицины, поэтому я отношусь к этой идее крайне позитивно. Но думаю, что нужно найти баланс между тем, что реально можно сделать телемедицинскими технологиями и... Мне кажется, у нас сегодня крайне недооценивается роль врача, вообще любого врача, который не только может поставить диагноз и назначить лечение, но и убедить пациента, что он поправится, что эти лекарства ему помогут. У врача на это, к сожалению, нет времени или, может быть, желания. Или — мотивации. Кстати, за то время, что я работаю, а это 40 лет, принципиально другими стали больные. Мне это крайне не нравится. Ко мне в кабинет приходят на прием пациенты, спрашивают: «что вас беспокоит?», жду нормального ответа и вижу, что для них это неожиданно, не понимают, о чем идет речь и вываливают мне на стол колоссальную кучу анализов, при этом обязательно МРТ. Такого раньше никогда не было, пациенты все-таки приходили со своими жалобами, болью, проблемами. И дальше пробиться через это непонимание очень трудно, хотя 90% любого диагноза — даже не осмотр, а спрос. Мне кажется, об этом забыли врачи и пациенты. У врачей, наверное, нет времени, потому что минуты, отпускаемые терапевту, — это катастрофа, с моей точки зрения. А ведь это ничем не оправданные колоссальные затраты и для пациента, и в целом для российской системы государственного обязательного медицинского страхования. Кроме того, это очень сильно

влияет на успех лечения. Потому что часто или пациенты не доверяют врачу, или врач не умеет найти подход к пациенту. Психологические факторы в ревматологии — а речь идет о боли — имеют колоссальное значение! Тем более что достаточно большой процент наших пациентов имеет депрессию, часто скрытую. И есть специальные подходы для того, чтобы ее выявить.

— *В конце апреля в Москве должен состояться VII Съезд ревматологов России. А чего вы лично ожидаете от съезда российских ревматологов?*

— Я ожидаю, что мы сможем сплотить наши ряды, достичь большего взаимопонимания. А также жду интересных докладов из других наших ревматологических центров, особенно из регионов.

Юлия Седова

ИнтерНьюс

Мигрень «роняет» уровень дофамина в мозге

При помощи позитронно-эмиссионной томографии исследователи из Университета Мичигана обнаружили, что во время приступа мигрени уровень дофамина в головном мозге падает. Открытие может помочь в улучшении дофаминовой терапии и лучше понимать поведение пациентов во время приступов мигрени. Исследование опубликовано в журнале *Neurology*. «Связь между дофамином и мигренью давно остается плохо понимаемой терапевтической и исследовательской сферой», — говорит Алексей Дасилва, доцент Центра роста и развития человека при Мичиганском университете.

Нейромедиатор дофамин помогает регулировать эмоции, мотивации и чувственное восприятие. Врачи часто дают больным мигренью антагонисты дофамина (препараты, блокирующие гиперфункцию дофаминовых рецепторов), чтобы облегчить приступы мигрени. Дасилва и коллеги провели исследование на позитронно-эмиссионном томографе 8 здоровых и 8 больных мигренью пациентов. Авторы изучали активность мозга и уровень дофамина в нем. Затем сравнивались данные здоровых пациентов и пациентов с мигренью, а также у пациентов во время приступа и между ними. Оказалось, что, когда больные мигренью были свободны от головной боли, их уровень дофамина был стабилен и даже оставался на уровне здоровых участников исследования, но резко падал во время приступа. «Дофамин — это один из основных нейромедиаторов, контролирующей сенсорную чувствительность, — сказал соавтор исследования Кеннет Кэйси, — поэтому падение уровня дофамина может приводить к повышенной сенсорной чувствительности, так что обычно безболезненные или незаметные сенсорные сигналы от кожи, мышц и кровеносных сосудов могут превратиться в боль». Это подтверждает гипотезу некоторых исследователей о том, что мигрень — это периодическое расстройство, характеризующееся сенсорной гиперчувствительностью, во время которой свет, звук и запахи могут стать аномально интенсивными, — говорит Кэйси.

Дасилва говорит, что был удивлен, когда пациенты, отдохнувшие во время приступов мигрени, демонстрировали небольшой всплеск дофамина и ухудшение симптомов, когда ученые прикладывали им тепло ко лбу. Такое состояние у пациентов с хронической болью называется аллодиния — когда стимул, который обычно не вызывает боли (прикосновение, тепло, свет) сопровождается болью. Ученые считают, что внезапный небольшой всплеск дофамина был, вероятно, аверсивной реакцией на внешнее воздействие. Это небольшое колебание было только частичным восстановлением уровня дофамина, но пациент страдал еще и потому, что дофаминовые рецепторы оставались очень чувствительными, и даже небольшое восстановление уровня нейромедиатора будет стимулировать тошноту, рвоту и другие симптомы, связанные с мигренью. По словам Дасилвы, падение уровня дофамина в целом может объяснить и поведение пациентов во время мигрени: они часто стремятся убежать куда-то, забиться в темный угол и побыть одному. «Падение уровня дофамина во время приступа мигрени — это ваш мозг говорит вам, что что-то не ладится внутри и что вам нужно время, чтобы восстановиться, заставляя вас уходить в темную комнату и избегать каких-либо стимуляций», — сказал он.

<http://neuronovosti.ru/migrain-dopamine/>

Более трети российских родителей связали бы будущее своих детей с медициной.

Как показал опрос «ВЦИОМ-Спутник», среди 1800 россиян, имеющих подрастающих детей или внуков, самой привлекательной сферой занятости для них в будущем они считают медицину. Более трети респондентов (35%) пожелали бы для своих детей или внуков профессию врача, медика. За последнее десятилетие престиж этой профессии в глазах россиян вырос. В 2005 г. медиками хотели бы видеть своих детей только 12% родителей, в 2009 г. — 20%, в 2012 — 24%.

...Как отмечают социологи, к выбору будущей специальности ребенка россияне стали подходить более вдумчиво и конкретно. На фоне роста популярности ряда профессий доля тех, кто готов согласиться с любым решением ребенка, снизилась — с 13% в 2005 г. до 4% в 2017.

<http://doctorpiter.ru/articles/16610/>

Журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении» теперь доступен для загрузки!

Загрузить в App Store

Загрузите на Google Play

ИнтерНьюс

В Японии впервые в мире пациенту передали iPS-клетки другого человека

iPS-клеток — индуцированные стволовые клетки. Они были пересажены человеку с повреждением части сетчатки глаза и должны помочь в ее регенерации. Об этом сообщил японский институт естественных наук «Рикэн».

Отмечается, что операция была проведена в медицинском центре города Кобе (префектура Хиого). Клетки не были отторгнуты новым организмом.

В ближайшее время группа исследователей, в которую также вошли специалисты из университетов Киото и Осаки, намереваются провести еще пять аналогичных операций.

После того как Синъя Яманака в 2012 году стал лауреатом Нобелевской премии по медицине и физиологии за исследование в области стволовых клеток, интерес к этой теме как со стороны японского общества, так и со стороны японского правительства многократно возрос. Регенеративная медицина была объявлена одним из приоритетных направлений развития науки. iPS-клетки при определенном химическом воздействии способны становиться клетками любого типа, что теоретически позволяет выращивать ткани для разных органов.

Тем не менее, по мнению ряда специалистов, пересадка выращенных тканей в организм может привести к возникновению злокачественных опухолей.

<http://tass.ru/nauka/4133703>

Массовое здравоохранение в России оптимистично оценили на 5 из 10 баллов

Медицина, доступная для широких слоев населения, в нашей стране развита в 2 раза лучше, чем инновационная. К такому выводу пришли руководители медицинских НИИ, специалисты фармкомпаний и сотрудники лечебных учреждений, входящие в экспертный клуб «Сумма технологий», созданный по инициативе «Роснано».

Исследование проводилось с февраля по март этого года, в нем приняли участие 30 специалистов. Они оценивали место России на мировом рынке по десятибалльной шкале (где 10 — мировой лидер, 0 — абсолютное отставание). Эксперты рассматривали внедрение новых технологий в медицинских организациях, разработку собственных препаратов, кадровый потенциал учреждений и сравнивали эти показатели с результатами других стран.

В среднем массовую российскую медицину эксперты оценили на 5 баллов («средний уровень»), а инновационную — на 3 балла. В исследовании говорится, что сегодня Россия использует примерно 30% технологий, доступных в мировой медицине. Остальные 70% мы не применяем из-за дороговизны или отсутствия квалифицированных врачей.

В массовой медицине тоже достаточно проблем. Член общественного совета при Минздраве РФ Сергей Лазарев пояснил, что качество оказания медицинской помощи в клиниках зависит от трех основных факторов: взаимодействия врачей и пациентов, образования медработников и от того, насколько широко применяются в учреждении современные технологии. По его мнению, развитию массового здравоохранения не способствует система, при которой чиновники, не всегда компетентные в медицинской сфере, ставят врача в жесткие рамки: заставляют выбирать более дешевый препарат, устанавливают время приема пациента.

Эксперты отмечают, что одна из главных проблем отечественного здравоохранения заключается в финансировании. Заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения ВШЭ Сергей Шишкин отметил, что в соответствии с майскими указами президента зарплата врача должна составлять 200% от средней по стране. Но в реальном выражении с 2012 по 2016 год она выросла только на 8%. Согласно статистике ВОЗ, по уровню расходов на здравоохранение в мире лидируют США — на эти цели в стране тратится около 17% ВВП. В европейских странах этот показатель составляет 9—11%, в России — менее 10% ВВП.

<http://izvestia.ru/news/674714>

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ от 12 декабря 2016 г.

Председатель: Савенков М.П., профессор, д.м.н.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад 1

Якушин М.А., д.м.н., профессор кафедры неврологии ФУВ МОНИКИ им. Владимирского, заведующий кафедрой клинической медицины ММУ РЕАВИЗ (Москва)

«Стандарты ведения пациентов с цереброваскулярной патологией. Модель: пожилой пациент»

Спектр гериатрических заболеваний крайне обширный. Согласно Регистру долгожителей, самым частым заболеванием является гипертоническая болезнь. На втором месте — цереброваскулярная болезнь, следом — коронарная болезнь. Основным определяющим фактором в этом вопросе является полиморбидность. В среднем, пожилые пациенты имеют 5,5 заболеваний одновременно. Из первой проблемы вытекает вторая, полипрагмазия — одновременно чаще всего используется в среднем 5,3 лекарств, в стационаре — 10 и более. Частота осложнений у пациентов старше 60 лет вследствие снижения метаболизма возрастает вдвое. В России отсутствуют рекомендации по ведению пожилых пациентов. Существует американский стандарт: критерии Бирса. Не более 400 лекарств из всего спектра зарегистрированных исследованы на пожилых. Нами разработан индекс гериотропности, учитывающий риск развития заболеваний и смертности, связанной с ними, и частоту развития побочных эффектов. К примеру, препарат церебролизин — это препарат, который с большой долей вероятности подходит для пожилого пациента, принося ему больше пользы, чем вреда. Лекарства для пациентов разного возраста имеют различные точки приложения. Существует такое понятие, как целевой профиль коморбидности. Предпочтение следует отдавать лекарству, показанному при как можно большем спектре жалоб пациента. К примеру, церебролизин входит в 11 стандартов и показан при множестве состояний, в том числе — эндогенной депрессии, лечить которую у пожилых очень тяжело из-за плохой переносимости холинолитиков.

Далее в своем докладе Михаил Александрович постарался упомянуть как можно больше лекарственных препаратов, оказывающих комплексное действие на спектр заболеваний, характерных для пожилого пациента, и подчеркнул, что необходимо всегда лечить не болезнь, а пациента, с учетом его индивидуальных особенностей.

Павел Андреевич заинтересовался доказательной базой, на которой основан данный доклад. На это Михаил Александрович сказал, что под руководством главного гериатра, Ольги Ткачевой, планируется разработка гериатрических стандартов лечения.

Савенков Михаил Петрович: «Не могу согласиться с Вами в том, что совсем отсутствует база по гериатрии. Существует достаточное количество документов на эту тему. Хотел уточнить, препараты, озвученные Вами в докладе, относятся к первой линии защиты или ко второй?»

Якушин М.А.: «Препараты из стандартов и рекомендаций являются, безусловно, первой линией».

С этим заявлением Михаил Петрович не смог согласиться.

Доклад 2

Чернявская Т.К., к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии МГМСУ

«Лечение артериальной гипертонии с позиций доказательной медицины»

Ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярная болезнь были и остаются ведущими причинами смертности. Риск обеих болезней нарастает при высоких цифрах систолического давления, а к факторам риска этих состояний относятся дислипидемия, курение, сахарный диабет, артериальная гипертония и абдоминальное ожирение. Самый чувствительный орган-мишень высокого АД — мозг. Влияя на эти факторы, мы можем корректировать конечный показатель. Критическим показателем является давление на дуге аорты. У большинства пациентов целевые цифры АД не должны превышать 140/90 мм рт. ст. У пожилых пациентов — не выше 150 мм рт. ст. У пациентов с тяжелым повреждением почек с наличием протеинурии систолическое давление 135 мм рт. ст. является целевым. У пациента с риском инсульта давление при этом не должно быть слишком низким. Согласно национальным Британским рекомендациям по лечению АГ от 2011 г., у пациентов моложе 55 лет лечение АГ следует начинать с ингибиторов АПФ, старше — тиазидные диуретики или антагонисты кальция. При неэффективности терапии следует добавить препараты второго ряда. В исследовании HUYET по влиянию антигипертензивной терапии на основные сердечно-сосудистые исходы у пожилых использовалась комбинация из индапамида и пириндоприла. Общая смертность и инсульты снизились на 30—45%, сердечная недостаточность — на 72%. В США та же комбинация показала отличные результаты в профилактике инсультов и снижении смертности в исследовании PROGRESS и исследование PATS — с применением только индапамида. Согласно Европейским рекомендациям, любому пациенту с инсультом или транзиторной ишемической атакой

в анамнезе необходимо проведение антигипертензивной терапии. Такой же вывод звучит в исследовании Syst-Eur, где основным препаратом являлся нитрендипин. У полиморбидных пациентов, особенно страдающих сахарным диабетом, преимущества такой терапии оказываются еще выше. Нитрендипин как антагонист кальция оказывает сосудорасширяющий эффект, а также имеет ряд механизмов церебропротекции благодаря влиянию на нейротрансмиттеры, амилоид и другие факторы без урежения ритма. Препарат проходит через гематоэнцефалический барьер, при этом также имеет нефропротективное действие.

Савенков М.П.: «Звучит ли нитрендипин в современных рекомендациях?».

Чернявская Т.К.: «Сублингвальное применение прописано при лечении гипертонического криза. К сожалению, в медико-экономических стандартах непосредственно нитрендипин не прописан. При этом в стандартах прописаны некоторые вещи, не соответствующие адекватной реальности — как, например, совместное применение ингибиторов АПФ и сартанов вместе».

Якушин М.А.: «Сейчас страховые компании отдают приоритет рекомендациям национальных сообществ. Нитрендипин в этом аспекте фигурирует, особенно при наличии деменции в рекомендациях кардиологов, и прекрасно сочетается с церебролизином».

Чернявская Т.К.: «В новом законе, который вступит в силу в июле предстоящего года, будет прописано, что основным критерием для врачей в лечении артериальной гипертонии является достижение целевых цифр артериального давления, после чего перечислены группы препаратов, группы, а не конкретные наименования».

Доклад 3

Аверин Е.Е., д.м.н., профессор кафедры кардиологии ФДПО

«Возможности терапии. Коморбидность пациентов»

Существуют следующие группы «кардиологических» препаратов: диуретики, бета-блокаторы, блокаторы ангиотензиновых рецепторов и ингибиторы АПФ. Бета-блокаторы рекомендуется применять в трех случаях: у достаточно молодых пациентов с сопутствующей сердечной недостаточностью, ишемическая болезнь сердца и при тахикардии. Сартаны и ингибиторы применять вместе ни в коем случае не следует, поскольку в значительной степени возрастает риск нежелательных реакций. При наличии сердечной недостаточности должны быть назначены бета-блокаторы, ингибиторы АПФ или сартаны и антагонисты минералокортикоидных рецепторов (альдостерона). Совмещая две эти схемы, наиболее рациональным будет назначение бета-блокаторов, сартанов, блокаторов минералокортикоидных рецепторов и, возможно, диуретиков. Если построить рейтинг сартанов по возможным нежелательным явлениям от их применения и степени доказательной базы, на первом месте окажутся валсартан и кандесартан, в промежуточном положении — оломесартан, ирбесартан и телмисартан. При этом часто применяемый в России лозартан занимает последнее место за счет высоких рисков межлекарственных взаимодействий. Для правильного назначения иАПФ необходимо оценить скорость клубочковой фильтрации и электролиты (калий и натрий), стартовать с минимальной дозы и титровать 1 раз в две недели у амбулаторных пациентов и быстрее у госпитальных и часто наблюдаемых пациентов и пациентов с хорошей переносимостью. Таким образом, следует достигать целевых доз, повторно оценивать почечные функции путем контроля биохимического анализа крови через 1—2 недели после начала терапии и через 1—2 недели после окончания титрации. Дальнейшее мониторирование биохимии крови надо осуществлять 1 раз в 4 месяца. Кандесартан не требует титрации дозы и способен удерживать антигипертензивный эффект в течение 48 часов в случае пропуска приема. Недавно было доказано наличие у кандесартана вазо- и атеропротективных свойств, за счет чего достигаются хорошая органопротекция и антиаритмический эффект. На животной модели была показана реализация вазопротективного действия кандесартана в профилактике пролежней у пациентов, страдающих диабетом. При исследовании 2 групп пациентов, которым проводилась комбинированная терапия, кандесартан с гидрохлортиазидным диуретиком или кандесартан с эплереноном за 12 месяцев снижение АД было сравнимо, но во 2-й группе также отмечались снижение индекса массы тела, уменьшение объема талии и снижение ЛПНП. При этом в 1-й группе, в сочетании с диуретиком, отмечалось повышение уровня гликированного гемоглобина, что показывало повышение риска развития сахарного диабета. Применение бета-блокаторов снижает смертность в среднем на треть. К блокаторам минералокортикоидных рецепторов относятся спиронолактон и эплеренон, второй из которых оказывается предпочтительнее в силу селективности своего воздействия и по безопасности сравнимо с плацебо. В рекомендациях оба препарата имеют наивысший уровень доказательности и есть в стандартах ведения. Безопасность 4-компонентной терапии доказана в исследовании с перекрестным дизайном BASTION со сменой тораसेмида и фуросемида. Повышения уровня калия при этом отмечено не было.

Михаил Петрович предложил сравнить эплеренон с хорошо знакомым аудитории верошпираном. И оценить его накопительный эффект.

Продолжение на стр. 5

Начало на стр. 4 ↗

Аверин Е.Е.: «Во-первых, на эплереноне не возникнет гинекомастии. С резкой гипотензией при применении этого препарата мы не сталкивались. Накопительный эффект у препарата присутствует».

Михаил Петрович подчеркнул, что в условиях российского климата любой препарат нуждается в сезонной коррекции дозы. И поднял вопрос о снижении иммунитета на фоне приема этих препаратов и повышении частоты возникновения ОРВИ.

Воробьев П.А.: «Нашу деятельность в правовом аспекте сейчас регламентируют всего три документа, Порядки оказания медицинской помощи, не имеющие никакого отношения непосредственно к врачу. Есть Стандарты медицинской помощи, дающие перечень возможных препаратов без конкретных указаний, созданные для примерного расчета затрат на лечение пациентов. И Клинические рекомендации (протоколы лечения) без действующих подзаконных актов. Активно идет регистрация так называемых народных целителей. При этом доказательная база у нас отсутствует, нам продолжают предлагать актовегин и прочую дрянь — причем на уровне применения в скорой помощи. И нам с этим жить. Спасибо за внимание».

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ от 20 марта 2017 г.

Председатель: Савенков М.П., профессор, д.м.н.

Секретарь: Зайцева Т.Н.

Доклад 1.

Каратеев А.Е., д.м.н., заведующий лабораторией гастроэнтерологических проблем при ревматических заболеваниях ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

«Современная концепция предупреждения НПВС гастро- и энтеропатий»

Сегодняшняя тема связана с предупреждением осложнений, связанных с аспирином. Чем бы люди не болели, погибают они от сердечно-сосудистых причин. Сосудистые катастрофы — основная причина смерти. В мире от сосудистых осложнений ежегодно умирает 17,3 млн, а в России — 55%. Всем известно, что причиной инфаркта миокарда и ишемического инсульта являются атеросклероз и тромбоз, приводящие к нарушению кровоснабжения органа и гибели его ткани. Поэтому важно воздействовать на свертывающую систему крови антитромботическими препаратами: варфарин, клопидогрел, низкомолекулярные гепарины, ингибиторы тромбина. Но на первом месте продолжает оставаться «старый добрый» аспирин. Потому что он дешевый и эффективный. По данным китайских коллег, за 2015 г. частота осложнений от аспирина составляет: эрозии — 50%, диспепсии — 30%, язвы — 7%, желудочно-кишечные кровотечения — 0,6%.

Каков же патогенез НПВП-гастропатии? В желудочно-кишечном тракте есть защитные механизмы — простагландины, которые образуются за счет ЦОГ1. При назначении НПВП и блокаде ЦОГ1 идет снижение синтеза защитных простагландинов. А НПВП-энтеропатия чаще выявляется, когда у пациента есть железодефицитная анемия. НПВП и низкие дозы аспирина уменьшают концентрацию простагландинов слизистой и снижают защитный потенциал, нарушаются межклеточные контакты, снижается кровоснабжение и проникновение бактерий в стенку кишки. Все это вызывает хроническое воспаление, что приводит к повышению проницаемости кишки, возникает кровопотеря, следствием чего является гипохромия. Капсульная эндоскопия может показать состояние тонкой кишки. Снижение кислородной емкости крови для пожилого человека, если у него анемия, — это риск развития инфаркта и пневмонии, который будет выше в 4 раза по сравнению с теми, у которых не было анемии.

Что сделать, чтобы предупредить осложнения, связанные с аспирином? В практике чаще всего при назначении аспирина для профилактики гастропатии применяют ингибиторы протонной помпы. К сожалению, они также вызывают осложнения: пневмонии, кишечные инфекции, остеопороз, нарушение метаболизма метотрексата и клопидогрела. Поэтому хочется найти новую альтернативу этим препаратам. И таким препаратом выбора можно считать Ребамипид — гастроэнтеропротектор, который обладает рядом свойств: усиливает синтез простагландина E2 и простаглицлина, снижает синтез цитокинов, стимулирует синтез факторов роста, имеет антиоксидантный эффект. Ребамипид работает не хуже, а переносится лучше в сравнении с гастропротекторами. Области применения Ребамипида: лечение язв после эндоскопической резекции слизистой и подслизистого слоя в комбинации с ингибиторами протонной помпы, лечение хронического гастрита, местная терапия язвенного колита.

Доклад 2.

Барышникова Г.А., д.м.н., профессор кафедры семейной медицины с курсом клинической лабораторной диагностики учебно-научного медицинского центра УДП РФ ФГБУ ПДО

«Выбор анксиолитика в практике терапевта»

Сердечно-сосудистые заболевания уносят в России ежегодно 1,2 млн человек. Какие же факторы риска обеспечивают 87% общей смертности? Эти факторы следующие: дис-

липидемии, курение, алкоголь, тревожно-депрессивные расстройства. 80% заболеваний, с которыми сталкивается человек, связаны со стрессом. Тревожно-депрессивные расстройства вызывают нарушение всех систем организма, начиная от кожи и заканчивая репродуктивной системой. Тревога увеличивает частоту фатального инфаркта миокарда в 1,9 раза, риск внезапной смерти в 4,5 раза. Постоянный стресс может стать причиной психосоматических заболеваний, таких как гипертония, бронхиальная астма, нейродермит, тиреотоксикоз. Около 70% населения страны живет в условиях хронического психосоциального стресса. Тревожная симптоматика ассоциируется с неблагоприятным сердечно-сосудистым прогнозом. При наличии у пациента стабильной стенокардии и генерализованного тревожного расстройства риск развития таких сердечно-сосудистых событий, как инсульт, инфаркт миокарда и сердечно-сосудистая смерть повышался на 74%. Высокий уровень тревоги ассоциирован со снижением выживаемости. Необходимо оценивать психологические факторы риска, с использованием стандартизованных опросников и интервью. Пациента необходимо научить, как с этим бороться и как этому противостоять.

В качестве медикаментозной терапии применяют классические препараты — это бензодиазепины, они оказывают выраженное антитревожное действие, но имеют большое количество осложнений, таких как поведенческая сонливость, синдром отмены, рецидив психопатологических расстройств. Альтернатива — анксиолитики других групп.

Препаратом выбора можно назвать афобазол — селективный анксиолитик, не относящийся к классу агонистов бензодиазепиновых рецепторов. Он действует на сигма1 рецепторы, он не связывается с ГАМК-рецептором, он стабилизирует ГАМК. Кроме того, он воздействует на мелатениновые рецепторы, обладает противотревожным и антидепрессивным эффектом, нормализует состояние сна и бодрствования. Эффект заметен сразу, с первой недели применения, а максимальный эффект достигается к концу 4-й недели. У 78% пациентов отмечалось снижение раздражительности, в 2 раза снизилась тревога, 70% отмечали повышение работоспособности. При сочетании этого препарата с антигипертензивными препаратами АД снижалось в большей степени, чем когда афобазол не применялся. Татарский Б.А. оценил влияние афобазола на нарушения ритма сердца: если добавлять его в противоритмическую терапию, то значительно снижаются пароксизмальные нарушения. Препарат не вызывает дневной сонливости, снижение памяти и концентрации внимания, гипноседативного действия, синдрома отмены, поэтому его можно назначать всем работающим и ведущим активный образ жизни.

Доклад 3.

Редькин Ю.А., к.м.н., доцент кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «МОНИКИ» им М.Ф.Владимирского»

«Профилактика осложнений сахарного диабета типа 2»

Осложнения сахарного диабета самые разные: это диабетическая ретино-, нефро- и нейропатия, инсульт, ИБС. К макрососудистым заболеваниям относят: коронарную патологию, цереброваскулярные болезни, заболевания периферических сосудов. Коронарная болезнь сердца при диабете встречается чаще и раньше, чем у людей без диабета. В сравнении с людьми, не страдающими диабетом, у людей с диабетом типа 2 такой же уровень риска развития инфаркта, как и людей, перенесших инфаркт, трехкратное повышение риска развития инфаркта. Случаи внезапной смерти у людей с диабетом встречаются чаще, чем у людей без диабета того же возраста.

Как же можно управлять факторами риска? Это изменение образа жизни: уменьшение потребления насыщенных жиров и трансжиров, увеличение потребления мононенасыщенных жиров, снижение веса, физическая активность, назначение гиполипидемических препаратов, ингибиторов АПФ, аспирина, гликемический контроль. Оказалось, что сульфаниламочевина нежелательно воздействует на ишемический миокард, ухудшает переносимость ишемии, стимулируют аритмии. Это хлорпропамид и глибенкламид, сопровождающиеся значительно большим риском гипогликемий, чем терапия препаратами второй генерации (гликлазид, глипизид), применение которых более желательно.

У большинства больных диабетом развивается гипертония. У людей с диабетом риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в 2—7 раз выше. При диабете типа 1 гипертония развивается потому, что это осложнение со стороны почек, а при диабете типа 2 гипертония комбинированная, так как есть гипергликемия и изменения почек. Что же касается цереброваскулярных заболеваний, то факторами, повышающими риск развития инсульта при диабете, являются: ретинопатия, протенурия, автономная нейропатия, артериальная гипертония, сердечная недостаточность, возраст старше 75 лет. Присоединение к этим факторам фибрилляции предсердий дает основание отнести данного пациента сразу к группе высокого риска развития инсульта. Профилактика цереброваскулярных заболеваний включает аспирин, статины, АПФ ингибиторы и антигипертензивную терапию. Но профилактика — это не только препараты, но и изменение образа жизни. В заключении хотелось бы сказать, что причина всех этих заболеваний — гипергликемия и уже доказано, что снижение гликированного гемоглобина всего лишь на 1%, ведет к снижению осложнений со стороны глаз на 38%, на 50% почек, на 40% сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому у пациентов должен быть постоянный самоконтроль при помощи глюкометра и выполнение всех рекомендаций своего лечащего доктора.

ИнтерНьюс

Сердечное самоисцеление

Кардиохирурги Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова провели несколько уникальных операций по замене аортального клапана — они первыми в нашей стране использовали для замены клапана ткани околосердечной сумки пациента. Об этом «Известиям» рассказал директор клиники аортальной и сердечно-сосудистой хирургии Первого МГМУ им. Сеченова Роман Комаров. В России для таких операций используются механические или биологические протезы. Но новая технология дает меньше осложнений и выгодна экономически — не надо тратить на дорогостоящие искусственные клапаны. До недавнего времени такие операции проводились лишь в Японии. По словам кардиохирурга, пороки клапанов сердца — очень распространенная патология, которая формируется у человека с возрастом. При этом самый часто встречающийся порок — стеноз (сужение) аортального клапана, которым, как правило, страдают пожилые люди. Стандартное решение этой проблемы — замена аортального клапана механическим или биологическим протезом. «Мы используем и те, и другие. Тенденция современной хирургии такова, что для пациентов старше 60 лет используется в основном биологический клапан. Его особенность в том, что в отличие от механического он не требует приема варфарина. Но срок его службы недолог — 10—20 лет. Затем он кальцинируется: на нем нарастают отложения кальция, стеноз возвращается, и пациента приходится оперировать вновь. Биологические клапаны ставятся пациентам старше 60 лет, потому что срок службы клапана меньше, чем ожидаемая продолжительность жизни в России», — рассказал Роман Комаров.

Уникальность проведенных в начале этого года операций в том, что вместо механического или биологического клапана, взятого, к примеру, у свиньи или быка и обработанного специальным образом, используются собственные ткани пациента. «Сердце человека находится в перикарде — околосердечной сумке. Суть новой операции в том, что из ткани перикарда можно выкроить лепестки клапана, убрав старый измененный клапан, и имплантировать их», — пояснил Роман Комаров. По словам хирурга, в Японии с 2007 года таким образом уже прооперировано около 2 тыс. пациентов. «Через десять лет не возникает рестеноза (повторного сужения просвета какого-либо органа после его расширения оперативным путем. — «Известия»), что случается при установке клапанов из перикарда свиньи или быка. Операция также выгодна экономически, так как клинике не нужно покупать клапаны. «Ближайшие и удаленные результаты впечатляют. Если у пациента до операции средний градиент давления на клапан 100 мм ртутного столба, то фактический перепад давления на выходе из левого желудочка сердца равен системному артериальному давлению. После операции эта цифра уменьшилась со 100 до 8 мм рт. ст.», Директор клиники кардиологии Первого МГМУ им. Сеченова, профессор Абрам Сыркин рассказал «Известиям», что новая технология представляется очень прогрессивной.

«Этот клапан имеет ряд преимуществ перед обычным протезом: он лучше переносится и не является инородным телом. Эта технология дает меньше осложнений и требует меньшего внимания кардиологов-терапевтов в последующем. Другое дело, что такая операция требует высокой технической оснащенности больницы и мастерства кардиохирурга. Сейчас провести ее могут единицы», — отметил Абрам Сыркин. В этом году хирурги планируют выполнить порядка 50—70 подобных операций. Операция, проведенная по новой технологии, бесплатна для жителей России и выполняется по федеральным квотам.

<http://izvestia.ru/news/671086>

ИнтерНьюс

Российские ученые разработали метод лечения наследственного заболевания с помощью гемопоэтических стволовых клеток

Журнал издательства Nature (Bone Marrow Transplantation) опубликовал статью российских ученых о первом в мире пациенте, успешно прошедшем все этапы лечения генетического заболевания новым высокотехнологичным методом с использованием трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Девочке с синдромом Швахмана-Даймонда были пересажены стволовые клетки от ее брата, рожденного с помощью ЭКО и преимплантационной генетической диагностики (ПГД). Синдром Швахмана-Даймонда — тяжелое генетическое заболевание. Проявляется скелетными нарушениями, предрасположенностью к лейкозам, нарушением кроветворения, иммунной системы и функции поджелудочной железы. Единственный эффективный метод лечения — трансплантация стволовых клеток костного мозга или пуповинной крови от совместимого донора. Благодаря ПГД, ребенок не унаследовал генетическое заболевание и был рожден генетически идентичным сестре по тканевой совместимости.

Организатор уникального проекта и разработчик метода лечения — Институт стволовых клеток человека (ИСКЧ) объединил для внедрения нового метода несколько научных коллективов и клинических групп: Гемабанк — банк пуповинной крови, Центр Genetico, Институт репродуктивной генетики (Чикаго), НИИ им. Р.М. Горбачевой, клинику Генезис, роддом № 17 Санкт-Петербурга. Проведенная трансплантация — первый в мире случай использования преимплантационной генетической диагностики для лечения синдрома Швахмана-Даймонда. Всего известно о нескольких десятках успешных трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток от генетически совместимых братьев и сестер, рожденных с помощью ПГД, для лечения других заболеваний. Впервые подобный метод был внедрен в США группой ученых под руководством нашего соотечественника Юрия Верлинского и использовался в США и Европе для лечения таких заболеваний, как анемия Фанкони, талассемия, лейкоз, болезнь Краббе, синдром Оумена, синдром Даймонда-Блекфана.

<http://www.medvestnik.ru/content/news/Rossiiskie-uchenyje-razrabotali-metod-lecheniya-nasledstvennogo-zabolevaniya-s-pomoshhu-pupovinnoi-krovi.html>

Ученые: гепатит В и С связан с повышенным риском развития болезни Паркинсона

Исследователи из Оксфордского университета в Великобритании пришли к выводу, что вирус гепатита В и С может быть связан с повышенным риском развития болезни Паркинсона. Результаты их научной работы опубликованы в журнале Neurology.

В рамках исследования специалисты изучили данные пациентов с гепатитом В (22 тыс.), гепатитом С (48 тыс.), аутоиммунным гепатитом (6 тыс.), хроническим активным гепатитом (4 тыс.) и ВИЧ (около 20 тыс.) с 1999 по 2011 год и сравнили их с данными более 6 млн здоровых пациентов по уровню риска болезни Паркинсона.

Результаты показали, что у пациентов с аутоиммунным, хроническим активным гепатитом и ВИЧ-инфекцией повышенного риска развития болезни Паркинсона выявлено не было. При этом пациенты с гепатитом В на 76% более склонны к развитию болезни Паркинсона, чем участники контрольной группы, а больные гепатитом С — на 51%.

Предыдущие исследования тайваньских ученых показали, что увеличивать риск болезни Паркинсона может вирус гепатита С, однако связи между гепатитом В и паркинсонизмом обнаружено не было.

«Развитие болезни Паркинсона — сложный процесс, обусловленный как генетическими, так и экологическими факторами», — заявила автор исследования Джулия Пакпур (Julia Pakpoo) из Оксфордского университета. Причинно-следственные связи между гепатитами В и С и паркинсонизмом остаются неясными и требуют дальнейшего изучения, однако «выявление этих отношений может помочь в понимании того, как развивается болезнь Паркинсона», отмечают ученые.

<http://www.medvestnik.ru/content/news/Uchenye-e-gepatit-B-i-C-svyazan-s-povyshennym-riskom-razvitiya-bolezni-Parkinsona.html>

Как-то, уже не помню зачем, набрала в Интернете «К.Г. Хрущов» — и потянулась нитка. Еще из школьного курса истории помню имена — Шингарев и Кокошкин. И вдруг вижу фото, на котором мой прадед, Константин Григорьевич Хрущов (1870—1924), со своим братом и тем самым Шингаревым.

Мой прадед К.Г. Хрущов

О. Хрущова,

доцент ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова



К.Г. Хрущов

Все они из Воронежской губернии, К.Г. Хрущов и А.И. Шингарев — кончили Московский университет как врачи, А.Г. Хрущов — как математик. Были дружны, работали в земских больницах, жены организовывали ясли для крестьянских детей. Жена Константина Григорьевича — Маргарита Николаевна Лидерс, двоюродная сестра А.Н. Северцова, знаменитого биолога-эволюциониста. В 1905 г. они поддержали революцию; А.Г. Хрущов вместе с А.И. Шингаревым и П.Я. Ростовцевым вошел в ЦК кадетов и от нее был избран депутатом I-й Государственной Думы. В 1908 г. А.Г. Хрущов как подписавший Выборгское воззвание «Народу от народных представителей» был арестован и отбывал 3-месячное заключение и лишен права быть избранным.

После февральской революции 1917 г. А.Г. Хрущов был членом Временного правительства, работал товарищем Министра земледелия, а затем финансов. В 1918 г. как член Временного правительства был арестован, но через 5 месяцев освобожден. В 1922 г. А.Г. Хрущов вместе с рядом других специалистов (Н.Н. Кутлер, П.Я. Ростовцев и др.) был приглашен Менжинским для проведения денежной реформы членами правления Государственного банка. Подпись А.Г. Хрущова стоит на всех выпусках червонцев, которые были обеспечены золотом. Позднее он ведал финансированием государственного и кооперативного строительства. Последние годы работал консультантом треста лекарственного сырья по разведению эфирных растений. Как я помню со слов своей бабушки (З.Д. Шостакович), в конце 20-х годов А.Г. удалился из столицы и тихо жил на Кавказе. Его никто не трогал. Вдруг одноклассник его сына, известный артист Игорь Ильинский, упомянул его в каком-то своем рассказе, чем сильно напугал надеявшегося остаться в тени бывшего замминистра Временного Правительства. Умер А.Г. Хрущов в 1932 году в Махинджаури.

Еще в 1908 г. А.Г. Хрущов вошел в компанию врачей (Вырубов, Губанов, Каннабих), которые арендовали у Рукавишниковой небольшое имение в 3 км от ст. Крюково и организовали небольшой санаторий для нервных больных. Главным врачом работал Ю.В. Каннабих, кажется, консультировал, когда бывал в России, женатый на русской Г. Роршах, автор знаменитых тестов-пятен. Там же работала супруга Александра Григорьевича Лидера Николаевна, урожденная Ровнева. Высшее медицинское образование она получила в Швейцарии. В главном корпусе санатория находилась так называемая Липовая комната, которая предназначалась для бесплатного лечения артистов, художников и музыкантов. Удивительно, что от санатория до наших дней сохранился двухэтажный деревянный дом управляющего А.Г. Хрущова

К.Г. Хрущов был врач, хирург, акушер-гинеколог. Работал в земских больницах, затем в Москве — в лечебнице Рукавишниковой на Б. Никитской, в Старо-Екатерининской больнице, Солдатенковской (Боткинской) больнице. Сохранился черновик Curriculum vitae, который он подавал в Солдатенковскую больницу в январе 1911 года (курсивом я выделила то, что перечеркнуто в рукописи).

Происхожу из дворян Воронежской губернии... Окончил Воронежскую гимназию, в 1888 г. поступил на медицинский факультет Императорского Московского Университета, который окончил в 1893 году со степенью лекаря. В течение зимы 1893/94 гг. был экстерном Госпитальной терапевтической клиники (проф. А.А. Остроумова); весной 1894 года поступил на земскую службу в Землянский уезд Воронежской губернии и исполнял обязанности запасного врача. В октябре того же года был приглашен заведовать Новоуспенской больницей того же земства. В течение 12-летней службы при этой больнице 3 раза воспользовался 4-месячными командировками для усовершенствования в хирургии: в 1898 г. занимался в Санкт-Петербурге в Еленинском институте для врачей и в Обуховской городской больнице (у доктора Троянова); в 1902 г., 3 месяца занимался в Лозанне у проф. Roux, в течение месяца посещал клиники и хирургические отделения больниц Берна, Женевы и Парижа; в 1906 г. вновь в течение 4 месяцев работал в клинике проф. Roux в Лозанне.

Хирургическая моя деятельность в качестве старшего врача Новоуспенской больницы, располагавшей 35 кроватями, начавшись с скромных размеров благодаря малой культурности населения, боившегося всякого хирургического вмешательства, мало-помалу завоевала доверие населения и в последние годы достигла внушительных размеров: число оперативных пособий в первое время едва достигшее сотни за год, в последние годы превышало 400... Удобное положение Новоуспенской больницы — на границе трех губерний и у места пересечения двух железнодорожных линий — привлекало массу больных из окружающих районов: число посещений за год превышало 32 тысячи. Эта масса больного люда давала богатый и разнообразный оперативный материал, *предъявлявший к хирургу серьезные запросы, удовлетворять которые можно было, лишь не отставая от быстро шагающей вперед науки и совершенствуя свою технику.* Достигать этого в известной степени удавалось благодаря частым научным командировкам в центры, о которых упомянуто выше. За этот период моей деятельности оперировать пришлось много и разнообразно. Из крупных оперативных пособий наибольшее число падало на долю так называемых полостных операций: операций на желудке было произведено около 100, на кишках — 30, на печени и желчных путях — свыше 10, гинекологических чревосечений — около 100, грыжесечений — свыше 500 и т.д.

В конце 1906 г. я оставил службу в Землянском земстве и в 1907 г. был приглашен заведовать хирургическим отделением Земской больницы в городе Ельце Орловской губернии с штатом на 60 кроватей. Хирургическая деятельность в Елецкой больнице была также в высокой степени интенсивна. Это единственное лечебное учреждение в уезде с широко поставленной хирургической помощью: число оперативных пособий за год превышало 600.

Весной 1908 г. пришлось оставить службу в Елецкой больнице и переехать в Москву для лечения светом кожного туберкулеза пальца, который я привил себе поранив руку во время одной из операций. С лета 1908 г. я был приглашен постоянным хирургом в лечебницу Рукавишниковой, а с марта 1909 г. одновременно работаю в Старо-Екатерининской городской больнице в качестве экстерна хирургического отделения.



К.Г. Хрущов слева, А.И. Шингарев в центре, А.Г. Хрущов справа

Продолжение на стр. 7

Начало на стр. 6 ↗

Несмотря на порядочный опыт и значительный хирургический материал, мною собранный, (мною произведено свыше 4000 операций) перечень моих печатных трудов более чем скромнен: причиной тому был недостаток времени для писания: весь рабочий день приходилось отдавать практической и организационной работе земского врача, а работать приходилось по 10—14 часов в сутки и чем больше собиралось материала, тем меньше оставалось времени на литературную его обработку...

29 августа 1910 г. Подпись: врач К. Хрущов

Видимо, это черновик, поэтому и остался среди бумаг. Поверх чернил сохранилось зачеркивание карандашом. У меня создалось впечатление, что К.Г. хотел выговориться и пока писал, думал, как нелегко ему приходилось. Потом же решил в окончательный вариант своих «жалоб» не переносить.

ских профессоров и преподавателей, библиотека из 20 тысяч книг, учебные пособия, медицинские инструменты, оборудование для лабораторий, химические реактивы. 56 суток ехали по голодному, разоренному войной и все еще пылающему в пожарищах краю энтузиасты, решившие принести светоч знаний народам Туркестана. Среди них были



Руководство Боткинской больницы (предположительно, 1919 год). К.Г. Хрущов сидит третьим с конца по левому краю стола



Могила К.Г. Хрущова

Боткинская больница еще только строилась. Это был один из первых объектов панельного строительства в Москве. Кроме основной нагрузки ординатора, К.Г. Хрущов отвечал за комплектацию библиотеки больницы. Зарплата была неплохая: 1200 рублей в год, затем 1800, но в 1918 г. упала до 600. Цена пуда живого веса составляла в 1914 г. 7 рублей 20 копеек, в виде мяса она стоила от 5,56 до 10,24 рубля.

Надо сказать, что к тому времени произошли изменения в его семейном статусе. Первая жена умерла осенью 1914 г., кажется, от туберкулеза. Второй женой его стала молодая пианистка Фаина Моисеевна Гамбург, дочь врача М.Е. Гамбурга; на 23 года моложе К.Г. Хрущова. Фаина приняла православие. В 1916 г. у них родился сын Константин и в 1918 г. — Алексей.

В феврале 1919 г. К.Г. Хрущов увольняется из Боткинской больницы. Трудно сейчас представить то время. Голод, холод, эпидемии сыпного тифа. Тот же М.Е. Гамбург в 1919—1920 гг. заведовал сыпно-тифозным баракком при Румянцевском музее. Возможно, Ташкент казался теплым сытым раем, а может был приказ. Или все те же порывы русских интеллигентов помогать стране, народу...

У И.А. Кассирского читаем: «В 1919 году к В.И. Ленину в Москву была направлена делегация с просьбой открыть в Туркестанской республике университет. Время для решения такого большого вопроса было вроде бы самое неподходящее: страна со всех сторон окружена белогвардейскими армиями и интервентами, всюду свирепствуют эпидемии, голод, разруха. Тем не менее В.И. Ленин с вниманием отнесся к инициативе туркестанской интеллигенции.

И уже в сентябре 1920 года, согласно декрету Советского правительства, подписанному В.И. Лениным, в Ташкенте был открыт университет — первый университет не только в советской Средней Азии, но и вообще на всем Среднем Востоке.

Из Москвы в Ташкент пришел поезд, почти целиком состоявший из теплушек. В нем — восемьдесят московских и питер-

известные, даже знаменитые врачи, крупнейшие русские ученые: ученик Зелинского химик Сергей Николаевич Наумов, зоолог Даниил Николаевич Кашкаров, математик Всеволод Иванович Романовский, ученик Остроумова терапевт, гематолог Александр Николаевич Крюков, невропатолог, ученик Россолово Михаил Алексеевич Захарченко, хирург-клиницист, ученик Мартынова Петр Порфирьевич Ситковский, хирург-гинеколог Константин Григорьевич Хрущов, анатом Иван Порфирьевич Рождественский и другие.

Ехали не за деньгами, не за славой. Это был подвиг ученых, братская помощь народам Средней Азии — узбекам, казахам, таджикам, киргизам, туркменам.

Это были светлые страницы в истории ленинской национальной политики, рожденной Великим Октябрем. Приезд ученых-профессоров, открытие медицинского факультета — это была революция в деле.

Продолжение на стр. 8 ↗

ИнтерНьюс

Врачи связали долгий дневной сон с риском развития сахарного диабета второго типа

Исследователи из Японии проанализировали данные о здоровье сотен тысяч людей, которые привыкли вздремнуть днем. Оказалось, что дневной сон, длящийся больше часа, связан с высоким риском развития диабета. Ученые считают, что такой эффект может быть вызван нарушением циклов сна, которое происходит во время слишком долгого дневного отдыха.

Ученые проанализировали данные из 21 научного исследования, в рамках которого более 300 тысяч человек фиксировали, как долго они спали днем. Отслеживая показатели здоровья участников этих экспериментов, исследователи обнаружили, что спать днем дольше 60 минут может быть вредно. В частности, слишком долгая сиеста связана с повышением риска развития сахарного диабета второго типа почти в полтора раза.

Исследователи отмечают, что по результатам данной работы нельзя однозначно судить о том, увеличивает ли долгий дневной сон риск развития диабета или оба явления — и болезнь, и необходимость вздремнуть подольше — вызваны общей причиной. Однако ученые предполагают, что одной из возможных причин может быть нарушение циклов сна. Во время короткого дневного сна организм не успевает перейти к фазе медленного сна, а во время отдыха, длящегося больше часа, как правило, не успевает ее завершить. Из-за этого человек порой просыпается более уставшим и разбитым, чем до сна.

В будущем ученые планируют выяснить, как дневной сон связан с риском развития диабета.

http://chrdrk.ru/news/too_much_sleep_is_bad

Власти Израиля разрешат экспорт препаратов на основе марихуаны

Правительство Израиля намерено позволить фармкомпаниям страны экспортировать лекарственные средства на основе марихуаны, пишет Reuters. По прогнозам, к 2025 году глобальный рынок медицинской марихуаны достигнет 50 млрд долларов.

Израильские фармкомпании нацелены на разработку лекарственных препаратов на основе марихуаны, качество и эффективность которых контролировались бы как на этапе выращивания растения, так и на этапах производства и дистрибуции препаратов.

В настоящее время ученые Израиля проводят исследования, целью которых является оценка эффективности воздействия марихуаны на такие заболевания, как аутизм, эпилепсия и псориаз. Министерство здравоохранения Израиля поделится опытом и результатами исследований с другими странами. Для этого планируется проводить обучение врачей из-за рубежа. Переговоры ведутся с Австралией, Германией, Бразилией и др. Сообщается, что более 500 израильских компаний подали заявку на получение лицензии на выращивание медицинской марихуаны, а также на производство и экспорт лекарственных препаратов на ее основе.

<http://www.pharmvestnik.ru/pubs/lenta/v-mire/vlasti-izrailja-razreshat-eksport-preparatov-na-osnove-marihuany.html#.WOp5T7gIEu>

GlaxoSmithKline и Regeneron проанализируют связь между генами и заболеваниями

Британский фармпроизводитель GlaxoSmithKline совместно с американской биотехнологической компанией Regeneron и самым большим медицинским исследовательским центром Великобритании Biobank займутся изучением связи между генами и заболеваниями, сообщает Reuters. Исследователи проанализируют связь между генетической вариативностью и здоровьем 500 тысяч британцев средних лет и старше. Ученые надеются, что благодаря этому удастся найти новые подходы к разработке лекарственных средств. В рамках проекта волонтеры в возрасте от 40 до 69 лет сдавали кровь и другие биологические образцы в исследовательский центр Biobank. В течение 9 месяцев доступ к этим данным получают только исследователи GSK и Regeneron, затем информация станет доступной и для других ученых. К концу 2017 года будут проанализированы 50 тысяч образцов генетических данных. На исследование всех 500 тысяч образцов потребуется от 3 до 5 лет.

<http://www.pharmvestnik.ru/pubs/lenta/v-mire/glaxosmithkline-i-regeneron-proanalizirujut-svjazj-svzhdzhu-genami-i-zabolevanijami.html#.WOp8brgIEu>



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

Начало на стр. 6, 7

Жарким дыханием тех дней обдаёт меня всякий раз, когда вспоминаю, как кипела организационная работа. Было такое впечатление, что ташкентские профессора хотели утвердить полную преемственность академических традиций московской школы в молодом среднеазиатском вузе...»

К.Г. Хрущов назван гинекологом, хотя до того, как я понимаю, везде работал как хирург. Как бы то ни было, акушеры-гинекологи Ташкента помнят его как первого зав. кафедрой и организатора акушерско-гинекологической службы. Медицинский факультет возглавил известный хирург П.П. Ситковский. Еще из Кассирского:

«...Еще одна история, связанная с профессорами Туркестанского университета — заведующим кафедрой факультетской хирургии П.П. Ситковским и В.Ф. Войно-Ясенецким. В этой истории Валентин Феликсович участвовал в роли не обвиняемого, а был фактическим защитником привлеченного к уголовной ответственности коллеги. Дело было летом или осенью 1920 года. В Туркестане полыхала гражданская война, в хирургические клиники университета непрерывным потоком поступали раненные.

Между тем из-за разрухи, когда не доставало самого необходимого — перевязочного материала, медикаментов и многого другого, уход за ранеными, питание были не на высоте. К тому же свирепствовали сыпной, возвратный и брюшной тифы, дизентерия. В лечебных учреждениях — тучи мух. У многих раненых, особенно из тех, кто поступал в хирургическую клинику издалека и не сразу, были неопределимые запущенные гнойные раны. Естественно, было много жалоб и обвинений в адрес врачей, поговаривали, что «это-де чистое вредительство». Появились комиссии. В результате профессора П.П. Ситковского и еще нескольких врачей арестовали. Вскоре начался показательный процесс.

Обвинителем по этому процессу выступал прибывший из Москвы один из заместителей Ф.Э. Держинского — Я.Х. Петерс, человек суровый, горячий, резкий. И вот вдруг с места поднимается профессор Войно-Ясенецкий в епископском облачении. Он взял слово в качестве привлеченного к судебному процессу эксперта. Говорил спокойно, без эмоций, логично, убедительно.

Я не помню деталей речи, но смысл ее сводился к тому, что надо познать, понять, объяснить, как произошло то, что вменяется обвиняемым как преступление... Войно-Ясенецкий сказал, что он выступает не как защитник, а как глашатай разума и совести. «Подумайте, — говорил он, — разве может русский врач, советский врач злодейски вредить больному человеку, тем более раненному на поле брани воину. Не так врачи воспитаны. Они воспитаны на самых человеческих началах традиций русской медицины, земской медицины, народной медицины... Я со всей честностью и гневно отвожу это обвинение.

Второе, что хочу сказать: внимайте зову разума, посмотрите, какое кругом разрушение, бедность и недостатки. Ведь нет перевязочного материала, нет медикаментов... Я много лет работал в земстве, среди крестьян и рабочих — и тогда, не в условиях революции, разрухи, а в мирных условиях было то же самое: не хватало перевязочного материала, больных привозили с опозданием, и у них в ранах среди зловонного гноя и омертвевшей ткани копошились черви. Обо всем этом можно только сожалеть, но не обвинять невинных людей. Я призываю вас, товарищи судьи, сострадать и больным и тем, кто, угнетаясь душевно, не мог им помогать в силу обстоятельств. Если же вы не послужите правде и не будете милосердны, вас покарает суд божий и голос совести».

По словам доктора Л. Ошанина, также присутствовавшего на процессе, Войно-Ясенецкий бесстрашно напал на грозного Петерса, требовавшего наказания совершенно честных людей. Войно-Ясенецкий явно превысил права эксперта, превратив свое выступление в своего рода наступление. На неоднократные попытки председателя и самого Петерса оборвать выступавшего, следовал ответ в том смысле, что если, мол, вы вызвали меня как эксперта, то и слушайте то, что я говорю как врач, хирург и профессор.

Настроение аудитории было явно на стороне Войно-Ясенецкого. Однако врачам вынесли суровые приговоры: П.П. Ситковский был осужден на 15 лет. Но этот процесс, как многие в то время, носил лишь условно-показательный характер. Уже через несколько недель врачей отпустили в клиники для работы...»

Отпустить-то отпустили, но деканом теперь назначили К.Г.Хрущова, который был до того заместителем декана. Думаю, он был хорошим деканом.

Когда в 1923 году В.Ф. Войно-Ясенецкий под именем Луки возглавил Туркестанскую епархию, на следующий же день 4 июня был созван митинг, «...на котором было принято постановление с требованием увольнения профессора Войно-Ясенецкого. Руководство университета отвергло это постановление и даже предложило Валентину Феликсовичу руководить еще одной кафедрой. Но он сам написал заявление об уходе. 5 июня он в последний раз, уже в епископском облачении, присутствовал на заседании Ташкентского научного медицинского общества при ТГУ. А 6 июня в газете «Туркестанская правда» появилась статья «Воровской архиепископ Лука», призывавшая к его аресту.

Вечером 10 июня, после Всенощного бдения, он был арестован.» (Википедия)

В феврале 1924 года К.Г. Хрущов в возрасте 53 лет умирает от перитонита после операции грыжесечения. Трудно сказать, почему операция закончилась так неудачно. По воспоминаниям родственников, К.Г. Хрущов сам руководил операцией. Он имел огромный опыт, о чем он сообщал в докладе Пироговскому съезду в 1904 г «О радикальной операции грыжи и отдаленных результатах ее (на основании 310 случаев)»:

«...Технически доступная земской хирургии, не требующая особой дорогой обстановки и инструментария, радикальная операция грыж, отвечая запросам населения, быстро привлекает симпатии его к хирургической помощи: число грыжесечений в нашей больнице по годам распределяется так: в 1898 — 4; в 1899 — 16; в 1900 — 25; в 1901 — 77; в 1902 — 80 и в 1903 — 145» Результаты были хороши: смертность ниже 1%, рециди-

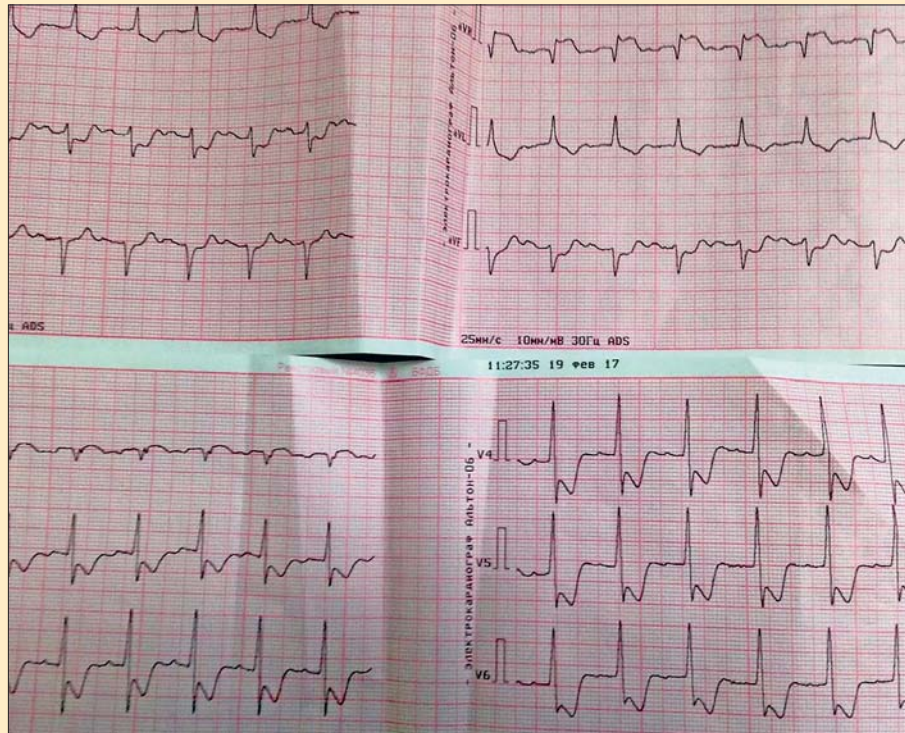
вы — при бедренных грыжах — 16,6%, при паховых — 4,4%.

Похороны были организованы с большой торжественностью — речи, транспаранты. Похоронили его прямо перед зданием факультета. Потом могилу перенесли в другое место. После смерти мужа Фаина Моисеевна с детьми возвратилась в Москву. Больше замуж она не выходила. Работала в училище им. Ипполитова-Иванова, учила музыке внуков и племянников. Умерла в 1954 году.

Ну вот, примерно, все, что я знаю о враче К.Г. Хрущове. Из его детей — мой дед Г.К. Хрущов и мой отец Н.Г. Хрущов окончили медицинский, они оба гистологи, специалисты по соединительной ткани. Другой сын К.Г. — Николай связал жизнь с театром. Дети от 2-го брака — воевали. Алеша погиб под Москвой, старший — Константин, штурман дальней авиации, прошел войну. Один из сыновей Константина окончил 1-й Мед.

КАК ТРАВМА НОГИ ПОМОГЛА ВЫЖИТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ

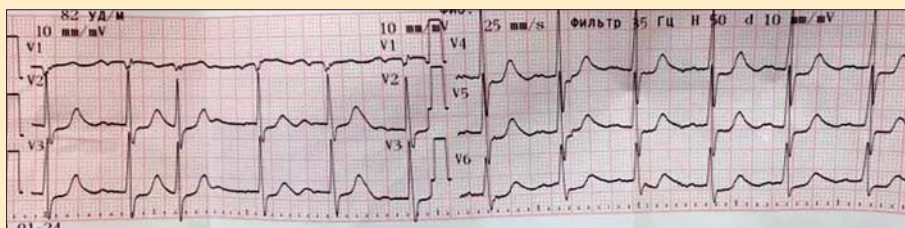
Случай из просторов Интернета. Пишет врач А. Эрлих. Под утро привезли в травматологию даму с травмой ноги. У нее всю ночь болел живот, и она приняла слабительное. От живота. Пошла в туалет, упала от головокружения, вроде даже обморок был. Ну и ногу повредила. Как положено — сделали ЭКГ. А там — такое!



Вызвали кардиолога, так как даже травматолог понял, что нога, живот, обморок и ЭКГ как-то связаны между собой. Для кардиолога вопросов вроде не было, кроме вопроса про боли в животе. Оказалось, что боли эти появились не вчера, они были и раньше при ходьбе по улице. В верхних отделах. Больная их купировала всякими спазмолитиками и прочим, что каждый день льется бальзамом с экранов телевизора и из каждой радиоточки. А в этот раз, так как болело сильнее и дома, решила выпить слабительного. Решение такое, очевидное, принимала сама. Что тут ей и с кем обсуждать. Результат уже читателю известен.

Кардиолог для подтверждения своих умозаключений сделал исследование тропонина — он, как и ожидалось, оказался высоким. Затем сделали коронарографию, а там сосуд не проходим вовсе.

В такой ситуации остается одно — стентирование. Что и выполнили. Результат оценили по ЭКГ на следующие сутки.



Вопрос: а если бы дама не упала и не повредила ногу — она так бы и продолжала лечить свои боли в животе. Ответ: да, ибо пойти к врачу некуда, врачи таких изысков, как абдоминалгии при стенокардии не знают уже. Это раньше им говорили про кардиалгии — а теперь у нас совсем другие источники информации. Так что этот казуистический случай — рассказ о том, как ей повезло, что она упала. С болями в животе ни одна скорая не взяла бы ее в стационар.

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 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»!