



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Вся диагностическая работа с больным начинается с общения. Как поговоришь, так и диагноз поставишь — вот давняя истина, известная хорошим врачам. Разговаривая с пациентом, врач должен получить полную, глубокую и всестороннюю информацию по проблеме. Опрос больного носит название интервью.

Условия проведения интервью должны располагать пациента к разговору, внушать ему уважение, соотноситься с его моделью общения с врачом. Обстановка, форма проведения интервью должны создавать у паци-

Как поставишь вопрос, так и ответ получишь

П. Воробьев

ента положительную мотивацию и устранять, гасить отрицательную мотивацию к разговору. Есть несколько типичных ситуаций проведения опроса:

1. Пациент в постели, врач сидит рядом на стуле в палате стационара или в домашних условиях.
2. Врач сидит за рабочим столом, пациент напротив него, через стол.
3. Врач совмещает опрос с проведением специфического исследования, например на гинекологическом кресле, при ректальном исследовании, во время УЗИ или при подготовке к кардиографии.

Очевидно, что не все позиции пациент — врач одинаково приемлемы для опроса. Положение «врач через стол от больного» уже создает определенную физическую преграду, а врач, задающий вопросы где-то снизу вообще не допустим. Пациент воспринимает врача с позиций того или иного сложившегося у него стереотипа медицинского работника. Это обстоятельство должно учитываться при подборе одежды и других атрибутов внешнего вида врача. В частности, пациент может составить мнение о враче как о человеке слишком молодом, неопытном или несерьезном. Пациента не могут не смущать слишком короткие юбки или джинсы вместо брюк, накрашенные ярко ногти, пирсинг у мужчин. Мягкий, грязный халат, медицинские «робы» не создают положительных эмоций у пациента и снижают мотивацию.

Для создания положительного имиджа в глазах пациента врач должен быть хорошо одет в соответствии с принятыми нормами, искренним, вести себя открыто и как можно более дружелюбно. Бейджи на карманах с указанием фамилии и должности каждого медицинского сотрудника располагают к открытости. Но «фирменные» надписи на одежде персонала (названия лекарств, фармацевтических компаний), названия лекарств на ручках, которыми пишет врач, другие «яркие пятна» рекламы заставляют пациента задуматься об искренности и свободе врача от внешних влияний.

Нужно помнить о влиянии на результаты интервью возрастной разницы между пациентом и врачом. Хорошо, чтобы большой разницы не было, но это не всегда удается, и в случае, если врач намного младше больного, следует принять специальные меры, чтобы сгладить ментальные различия. Если врач хорошо образован, знает искусство, музыку, и — очень важно — историю, обладает способностью к грамотному построению фраз, ему будет легче находить общий язык с пожилым человеком.

Искренность врача демонстрируется открытым взглядом, естественной, свободной, но деловой позой, сконцентрированным вниманием, тоном разговора, средствами невербального общения: руки лежат свободно, не перекрещены, ладони, если это допускает обстановка, — обращены к пациенту, ноги не перекрещиваются и т. д.

Создание дружеской атмосферы не равнозначно имитации дружбы. Если врач пытается имитировать дружбу, реакция пациента может быть двойкой: либо имитация будет распознана, и тогда резко возрастет недоверие к врачу, либо дружеская атмосфера будет принята пациентом за чистую монету. В последнем случае врач становится заложником ситуации и вынужден «по дружбе» делать то, что он не считает, возможно, нуж-

ным делать и, наоборот, воздерживаться от необходимых вопросов или действий из-за излишней опаски «навредить» отношениям. Искажения могут быть связаны и с предшествующей дружбой или

недоброжелательностью отношений между врачом и пациентом, недаром многие врачи отказываются лечить родственников и знакомых, если такая ситуация возможна.

Желательно, чтобы процесс интервьюирования был похож на непринужденную беседу людей, увлеченных разговором. Неподдельный интерес врача к разговору и индуцирование у пациента ответного интереса — профессиональный долг врача. Вместе с тем опрос — это не просто беседа: для одной из сторон это исполнение служебной обязанности, для второй — насущная необходимость. Пациент может быть напряжен, негативно настроен к врачу, находиться в состоянии аффекта, в депрессии, и врачу необходимо бывает буквально «продираться» сквозь эти коммуникативные проблемы. Поэтому за внешней непринужденностью разговора хорошего врача с больным всегда скрываются строгая внутренняя дисциплина и логика, постоянная концентрация внимания и быстрая реакция. Врач должен непрерывно в процессе беседы следить за ходом мысли пациента, фокусировать беседу на проблемах диагностики

заболевания или особенностях терапии, не давая разговору «уходить в сторону» и чрезмерно затягиваться. Интервьюирование требует от врача постоянной готовности к импровизации, которая, впрочем, подчиняется определенным правилам. Лучшая импровизация — это «домашняя заготовка».

Оптимальным является интервьюирование пациента в обстановке тет-а-тет, однако в жизни так почти никогда не получается. Больной человек может стесняться окружающих (например, больных в палате), еще больше — родственников, особенно близких. Иногда родственники перебивают больного, торопят, поправляют его, и у врача складывается уже не картина болезни со слов пациента, а мозаичная картина, состоящая как из мнения самого больного, так и из интерпретации клинициста заболевания родными. Поэтому всегда необходимо вежливо, но настойчиво попросить родственников удалиться.

Интервью состоит из двух частей: предварительной — формальной, ознакомительной, паспортной — и профессиональной или основной. Если паспортная часть документа уже заполнена, то врачу все равно остается место для формальных вопросов — например, с чем связана работа, каковы условия труда или в каких условиях пациент проживает, вместе с семьей или одиноко, какие отношения с родственниками. Эти вопросы не всегда направлены на уточнение особенностей заболевания, но позволяют наладить контакт, доверительные отношения с больным. Уже во время первичного опроса врач строит план проведения углубленной части интервью, основываясь на формируемой им модели пациента. При формировании плана интервью и матрицы вопросов необходимо учитывать возможное заболевание, интеллект, ценностные и когнитивные особенности пациента. Нередко из-за тяжести состояния опрос может быть редуцирован до нескольких вопросов с расчетом на односложные — да, нет — ответы.

Продолжение на стр. 2

Дорогие друзья!

Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшить объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газет адресату. На 2010-й год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 200 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИМЕД

Просим Вас, при желании в 2010 г. получать газету, оплатить ее доставку до 1 декабря 2009 г.!

С сентября 2009 г. Вестник МГНОТ «Московский доктор» в бумажном виде будет выходить в сокращенной версии. С полной версией газеты и значительно оперативнее вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ

ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа)
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)	
БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с/с банка получателя платежа)	Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)
Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2009г. (с НДС-18%)	
Сумма платежа: 200 руб. 00 коп.	Плательщик: _____ Дата: _____ 2009 года

КВИТАНЦИЯ

«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа)
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)	
БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с/с банка получателя платежа)	Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)
Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2009г. (с НДС-18%)	
Сумма платежа: 200 руб. 00 коп.	Плательщик: _____ Дата: _____ 2009 года

ИнтерНьюс

Пробиотики — не лекарства

Несмотря на все предполагаемые достоинства, пробиотики (открытые более века назад Ильей Мечниковым) не являются лекарством, а понятие «полезные бактерии» слишком упрощает факты. В журнале *Nutrition in Clinical Practice* опубликованы данные об экспериментальном лечении пробиотиками — это и профилактика поносов, и укрепление общего состояния тяжелобольных. Авторы всех исследований пришли к выводу, что средства на основе пробиотиков перспективны, но их воздействие пока недостаточно изучено. Так, в США ни одно лекарство-пробиотик еще не сертифицировано. В этих условиях производители продуктов с пробиотиками вынуждены рекламировать их на языке эвфемизмов: так, об *Activia* сообщается, что она «сокращает длительность пути». «Производитель йогурта не может напрямую заявить, что его продукт спасает от запора, так как лечить запор — дело медицины, а лекарства подлежат лицензированию», — поясняет издание. Йогурты и другие продукты с пробиотиками — это здоровая пища, но не стоит полагаться только на полезные бактерии, советуют американские диетологи. Кишечнику также необходима клетчатка, которая содержится в продуктах из цельных зерен, овощах и фруктах. Впрочем, пробиотики помогут тем, кто вынужден принимать антибиотики, но у них есть свои побочные эффекты — метеоризм и вздутие живота.

Источник: *The Washington Post*

К почке — на вертолете

64-летняя Джуди Стоквелл, ожидавшая трансплантации почки более 2 лет, получила сообщение о наличии подходящего ей донора, находясь на круизном лайнере в десятках миль от берегов Великобритании. Джуди Стоквелл позвонила из больницы Кембриджа в первый день круиза по Средиземному морю, когда лайнер *Queen Victoria* отошел от берега на 50 миль. Женщине было необходимо прибыть в больницу в течение 4 часов. Госпожа Стоквелл и ее муж обратились к капитану лайнера, который связался с кораблями британских ВМС. В результате за женщиной был послан военный вертолет. Из-за тумана вертолет не смог приземлиться в Кембридже и совершил посадку в аэропорту Лутон. Оттуда чета Стоквеллов была доставлена в Кембридж автомобилем скорой помощи в сопровождении полицейского кортежа. Операция по пересадке почки, продолжавшаяся около 5 часов, прошла без осложнений. История Джуди Стоквелл стала первым случаем транспортировки нуждающегося в срочной трансплантации пациента военным вертолетом.

Источник: *medportal.ru*

Красный Крест выявил причастность медиков к пыткам в ЦРУ

Международный комитет Красного Креста сообщил о причастности медиков к пыткам, которые следователи ЦРУ применяли к подозреваемым в терроризме. Как пишет *The New York Times*, об этом идет речь в докладе Красного Креста, который был рассекречен. В марте некоторые фрагменты доклада уже попали в распоряжение прессы. Доклад основан на свидетельствах 14 заключенных, которые были причастны к террористической сети «Аль-Каеда». Их содержали в зарубежных тюрьмах ЦРУ, а потом перевели в лагерь на американской военной базе в Гуантанамо. В марте журналист Марк Дэннер, узнавший о содержании доклада, сообщил, что Красный Крест обвинил следователей ЦРУ в пытках и других формах жестокого обращения с заключенными. Дэннер опубликовал доклад целиком на сайте журнала *The New York Review of Books*. Расследование Красного Креста установило, что медики, работающие на ЦРУ, наблюдали за использованием пыток и следили, чтобы заключенные не погибли. При этом медицинские работники ставили своей главной целью не защиту здоровья и жизни подозреваемых, а помощь следователям: они даже давали консультации относительно жестоких методов допроса. На основании полученных свидетельств Красный Крест вынес заключение о «грубом нарушении медицинской этики». Скандальный доклад был завершен в 2007 г., в период президентства Джорджа Буша, администрация которого винила в нарушении прав человека при реализации контртеррористического курса. Барак Обама распорядился закрыть зарубежные тюрьмы ЦРУ и лагерь в Гуантанамо, а также приказал, чтобы все методы дознания соответствовали Женевской конвенции.

Источник: *Лента.ру*

Начало на стр. 1 ↗

Матрицы вопросников должны присутствовать в голове врача. Они формируются в виде заготовок в процессе практической работы, изучения литературы, прослушивания лекций, участия в клинических разборах, просто в ходе профессионального общения. В дальнейшем, проводя углубленное интервью, врач последовательно заполняет виртуальную таблицу ответов на вопросы, являющиеся обязательными в выбранной модели вопросника.

В процессе предварительного опроса врач оценивает речь, лексику и стиль изложения пациентом фактов. Нередко пациент с трудом подбирает слова для описания имеющейся симптоматики: он не знаком с терминологией, не точно запомнил характеристики симптомов, не умеет излагать правильно свои ощущения. Односложные ответы, трудность речи может быть связана с мозговой симптоматикой — поражениями головного мозга (инсульт, отек мозга, высокое артериальное давление), интоксикацией (почечная или печеночная недостаточность, отравления), а часто — с ДВС-синдромом. Обратная ситуация, когда пациент излагает свои ощущения многословно, быстро, захлебывается словами, может быть связана с ажитацией пациента, нарушениями психики, болевым синдромом.

Обычно пациент старается очень кратко изложить основной симптом, по поводу которого он обращается за помощью, не раскрывает деталей. Целью основного опроса или глубокого интервью является создание полной описательной картины заболевания больным. Этот процесс предполагает спонтанность речевого потока респондента, а не получение от больного односложных ответов типа «да» или «нет».

Вопросы. Тип вопроса, который дает пациенту возможность самому сформулировать ответ, не несущего в себе подсказку ответа, является открытым вопросом. Такие вопросы раскрепощают пациента, позволяют поддерживать спонтанность речи, получать развернутый, подробный ответ, содержащий в частности оценочное мнение спрашиваемого, что важно для установления доверительного контакта. Открытые вопросы делают возможным проверку степени понимания пациентом темы болезни, адекватности оценок ситуации. Ответ выявляет настроение, люди говорят о волнующих и доминирующих в их сознании вещах, лучше проявляя особенности повседневного, стереотипного сознания, представлений о причинно-следственных связях, свой образ мысли и стиль изложения.

Вместе с тем высказываемые пациентом мнения и оценки носят субъективный характер, их сложно трактовать, часто они неверны. Но врачу проще интерпретировать больший объем информации, полученной от пациента в свободной форме, чем скудную информацию, добытую с использованием другого типа вопросов.

Закрытый вопрос содержит несколько вариантов ответа, когда респонденту нужно выбрать один или несколько наиболее близких ему вариантов. В этом случае появляются более надежные, чем при открытых вопросах, основания для объективной трактовки полученных ответов. Готовые ответы могут быть не понятны пациенту, и он может отвечать неверно потому, что формулировки ответов не совпадают с его ощущениями. Больной про сердечный приступ может рассказывать, что сердце щемило, схватило, сжало, вбили кол, проткнули спереди назад и т. д. в достаточно красочных описательных характеристиках. Все это опытным врачом интерпретируется легко как коронарный синдром. Но в ответе на закрытый вопрос будет стоять ответ «боли сжимающего характера» или «боли колющего характера». Сама по себе формулировка уже создаст дополнительные трудности, так как сначала больной должен перевести эту формулировку на привычный ему язык (перевод с русского на русский), чтобы разобраться с вопросом, а затем сделать обратный перевод, изложив свои ощущения.

Полузакрытый вариант вопроса предполагает наряду с выбором ответов делать дополнительные замечания и комментарии. При устном интервью используются чаще именно полузакрытые вопросы.

В прямом вопросе предусмотрен ответ, который следует понимать в том же смысле, как его понимает пациент. Например, прямой вопрос: «Вы говорите — у вас болит в области сердца — укажите точнее: за грудиной, слева от нее или справа».

Формулировка косвенного вопроса предполагает последующую расшифровку в ином, скрытом на первых порах от пациента смысле, он формулируется в случае, если затронуты проблемы, по которым пациенты не готовы высказы-

ваться откровенно. Например: «Кто из членов семьи помогает вам по хозяйству — муж, дочь, внучка?».

Наиболее простым способом замены прямых вопросов косвенными является их перевод из личной формы в безличную. На безличные вопросы люди отвечают более охотно и искренне. Например, вопрос об использовании презервативов при половых контактах можно сформулировать двумя способами. Личный вопрос: «Используете ли Вы презерватив при половых контактах с новыми партнерами?». Безлический вопрос: «Сегодня для профилактики СПИДа рекомендуют использовать при половых контактах с новыми партнерами презервативы; как вы к этому относитесь?». Безлическая форма вопроса удобна для выявления мнений, расходящихся с общепринятыми. Для врача в этой ситуации важно понять, относится ли пациент к группе риска СПИДа, если он не использует презервативы при контактах с малоизвестными ему партнерами, или нет, если он подтвердит свою приверженность методам механической контрацепции.

С помощью контрольных вопросов уточняют, дополняют и тестируют информацию, полученную от пациента. Контроль можно осуществлять по частям, контрольные вопросы не следует задавать сразу за основными. Возможен контроль с помощью изменения формы вопросов: личных с помощью косвенных (косвенный вопрос должен предшествовать прямому), аналогично используются безличные вопросы, открытый вопрос может выступать в качестве контрольного для закрытого и наоборот.

Вопросы для преодоления коммуникативных барьеров необходимы для того, чтобы врач и пациент адекватно воспри-



нимали друг друга. Установить обратную связь и проверить точность восприятия информации можно в следующих ситуациях:

- Пациент употребил какое-то незнакомое выражение или термин, врач просит уточнить, что пациент имел в виду под этим словом.
- Пациент собирается сказать что-то важное для него и делает паузу, врачу следует поощрить его, не оказывая давления.
- Пациент уклоняется от темы и не сообщает той информации, которую врач от него ждет, в этом случае стоит задать вопрос, возвращающий разговор в нужное русло.
- Если пациент попадает в замкнутый круг, повторяя снова и снова одно и то же, врачу следует задать резюмирующий вопрос под темой.
- Пациент не точно сказал, что имеет в виду, и врач меняет прием формулировки версии своего понимания информации, исходящей от пациента.
- Пациент произносит нечто, что не очень-то согласуется с его предыдущими утверждениями.
- Невербальное поведение пациента подсказывает врачу, что он обеспокоен какими-то словами или действиями врача. Рассеять сомнения следует прямым вопросом: «Похоже, что-то из сказанного мной вас обеспокоило, не скажете ли, что именно?»

Ответы. Спонтанность речи есть важное свойство правильно проводимого опроса. Желательно, чтобы пациент, не побуждаемый врачом, давая длинные и связанные тексты ответов, иначе говоря, раскрывал тему. Показателями нарушения спонтанности являются короткие односложные формулировки ответов, паузы, появляющиеся в беседе, ответы-междометия и т. д. Такое положение дел может быть вызвано как ошибками со стороны врача, проводящего опрос, так и тяжестью состояния пациента.

Принцип спонтанности речи не значит невмешательства врача в рассказ пациента: при пассивном слушании паци-

Продолжение на стр. 3 ↗

Начало на стр. 1, 2 ↗

ент спустя некоторое время либо замолкает, либо возникающие в его сознании ассоциативные связи уводят его в сторону от проблем, интересующих врача. Позиция врача — активное слушание, способствующее поддержанию беседы как таковой и фокусирующее внимание свое и пациента на ее предмете.

Необходимость полного раскрытия темы болезни требует от врача применения инструментария, необходимого для развертывания интервью от первичных мотивов, главных жалоб к получению максимально релевантной информации — «зондирования» (probling). Врач должен стремиться ни прямо, ни косвенно не влиять на содержание высказываний пациента, а лишь поощрять его к спонтанному уточнению ответов. Например, спрашивая про локализацию боли, необходимо попросить больного пальцем или рукой указать это место, но ни в коем случае нельзя показывать самому, спрашивая «здесь болит?» Тем более, не допустимо указывать локализацию симптома на себе. Больной может охотно подкакнуть, кивнуть головой, что уведет врача от правильной информации в сторону.

Можно использовать тактику сопереживания, делиться с опрашиваемыми своими соображениями и опытом, чтобы мотивировать больного к даче полных и искренних ответов. Иногда используют тактику рефлексии слов и чувств респондента по тем пунктам, которые требуют развития и уточнения.

Возьми паузу. Способность держать паузу в разговоре — высокое умение. Если респондент остановился, не надо торопиться задавать ему вопросы: через несколько секунд он возможно начнет говорить с большим жаром. Оптимальная длительность паузы — 2—5 секунд, более короткое молчание не воспринимается как пауза, а более длительное ставит врача в неловкое положение. Держать паузу бесконечно долго — нельзя. Пауза хороша там, где нужна, да и не со всяким больным уместна пауза. Крайне важно, чтобы пациент не воспринял паузу как отсутствие коммуникации, отсутствие интереса, врач должен изображать, что пауза полна смысла. Для этого можно пользоваться напускной важностью, записями в карте больного, поправлять очки и т. д., но не стоит тереть фонендоскоп или почесывать лоб...

Поощряйте пациента. Мимикой, жестами, междометиями, иногда просто звуками «угу» — в общем, всеми доступными вербальными и невербальными способами необходимо подбадривать респондента в процессе его рассказа. Важно не перегнуть палку. Начинаящие врачи порой слишком активно используют тактику подбадривания, стараются всеми силами заполнить паузы. Иногда вследствие усталости или плохого самочувствия с помощью номинальной поддержки врач пытается имитировать внимание: улыбается, кивает головой. Поскольку кивки при этом могут делаться невпопад, такие врачи напоминают марионеток, которые не в состоянии слушать и понимать услышанное. Пациент быстро распознает имитацию.

Эхо. Иногда полезно прервать изложением повторением последних слов пациента с вопросительной интонацией. Например: «Боль в животе? Интересно». И далее может следовать ряд уточняющих вопросов. Таким приемом врач дает понять больному, что он внимательно слушает и анализирует сообщаемые больным сведения; этот способ позволяет направить мысль пациента в нужную врачу сторону, в том числе — по ложному следу. Такая задача решается, когда врач видит или предполагает аггравацию или симуляцию. Отражение эхом не следует применять слишком часто, не стоит постоянно переспрашивать фразы, не несущие в себе большой смысловой или эмоциональной нагрузки. Этот подход нужно использовать крайне экономно.

Эхо парафразы. Прием основан на повторении сказанного респондентом, но с использованием терминологии врача.

Цель парафразы состоит в том, чтобы прояснить позицию, убедиться в правильном понимании. Ответ на вопрос-парафразу должен быть либо утвердительным, либо отрицательным. Если врач предполагал положительный ответ, а получил отрицательный, нужно попросить разъяснить, что именно было неправильно понято врачом. Например, больной описывает события на работе, затем необходимость догнать автобус и возникновение болей в груди, врач уточняет: «Боль в груди появилась уже на работе?» «Нет», отвечает больной. «Значит, когда вы вскочили в автобус?» «Да».

Парафраза может быть расширенной, суммирующей, включающей вместе несколько высказываний пациента, формулирует как бы заключение по вопросу: «Так Вы сказали, что боли в груди связаны в основном с необычными, чрезмерными физическими нагрузками?» Суммирующий вопрос может противоречить представлениям пациента, вызывать у него совсем не те эмоции, которые ожидает врач, может быть результатом внезапно осознанной причинно-следственной связи, ранее не оцененной пациентом. Для пациента было важным, что боли в груди появились после скандала на работе, тогда как врач уловил однозначную связь с физической нагрузкой. Этим инструментом надо пользоваться крайне осторожно, при резком расхождении смысла врачебного представления со смыслом высказываний пациента, разрушается мотивация к сотрудничеству, больной может замкнуться. Врач, используя суммирующие вопросы, должен очень внимательно и чутко улавливать в утвердительном ответе оттенок сомнения или несогласия пациента.

Игра в синонимы. Врач и пациент могут разговаривать на разных языках, хотя подразумевать одно и то же. В таком случае полезно переспрашивать, используя синонимическую замену, задавать один и тот же вопрос, меняя его формулировку: «Боли в груди? За грудиной? Посредине груди? Покажите рукой место, где болит».

Прямая просьба уточнения. Этот подход важен при установлении причинно-следственных связей, он подразумевает такие вопросы как: «Что случилось потом?», «С чем Вы сами связываете произошедшее», «Было ли что-то подобное у ваших близких». Могут быть и еще менее конкретные уточняющие вопросы «Что Вы имеете в виду?», «Расскажите об этом поподробнее». Уточняющие вопросы являются сильным воздействием на пациента: врач прямо указывает, какая подтема его интересует. Не обязательно задавать уточняющие вопросы непосредственно при обсуждении интересующей подтемы, полезнее сделать это ретроспективно, вернуться к ранее обсуждаемой теме, напомнив, о чем шла речь: «Давайте уточним, с чем был связан приступ кашля». Нужно быть очень аккуратным в формулировке уточняющих вопросов, следить, чтобы они не превратились в навязчивые вопросы.

Прошу разъяснить. В высказываниях часто имеются неясности, противоречия, что является следствиями неполноты ответов. Уместно напрямую попросить дать разъяснения: «Для меня не совсем ясно, Вы выпили много алкоголя накануне приступа сердечных болей или нет?», «Вы говорили, что температура поднялась к вечеру, но проснулись вы в поту ночью — нет ли в этом противоречия?» Просьба о разъяснении может быть непосредственной либо ретроспективной.

Скажи конкретно. Многие высказывания пациента требуют конкретизации, врач вправе уточнить их задав вопрос, например: «Что Вы имели в виду, когда сказали о том, что кашель Вас раздражает — от него болит горло, или он Вам мешает спать, или он забывает Вас при разговоре?»

При опросе необходимо соблюдать принцип минимизации необходимого воздействия: не стоит вводить в действие более сильный стимул, пока не исчерпано действие более слабого. Вместе с тем можно использовать разные приемы интервьюирования в разных местах самого опроса, в зависимости от значимости обсуждаемой подтемы или от хода беседы.

ИнтерНьюс

Эмбрионы на запчасти

Согласно нынешнему британскому законодательству, эмбрионы могут сохраняться до 5 лет, но исключительно для размножения. Сейчас разгораются дебаты о том, допустимо ли использовать эмбрионы для получения стволовых клеток, из которых можно получить любую часть тела. Ученые полагают, что лет через 10 стволовые клетки можно будет использовать для лечения различных болезней, в том числе Альцгеймера и Паркинсона, а также некоторых форм рака. Кроме того, эмбрионы могут быть использованы для выращивания новых органов — «запчастей» для тела, отмечает издание. Однако идея сохранения эмбрионов вызывает этические дебаты, так как пары могут решиться на экстракорпоральное оплодотворение исключительно для того, чтобы создать «ремонтный набор» для тела. По мнению генерального секретаря Общества по защите нерожденных детей Пола Талли, «коммерческие фирмы непременно станут эксплуатировать человеческие страхи, касающиеся дегенеративных заболеваний». Он назвал такую коммерциализацию человеческих эмбрионов антигуманной. В октябре вступит в силу поправка к закону, разрешающая хранить эмбрионы не 5, а 55 лет. Комитет по оплодотворению и эмбриологии человека (HFEA) уже одобрил создание «братьев-спасителей» для детей, страдающих серьезными заболеваниями: с помощью экстракорпорального оплодотворения на свет появился ребенок с идентичным составом тканей, и стволовые клетки крови его пуповины использовались для лечения больного ребенка. По мнению экспертов, этот метод знаменует собой этический скачок в вопросе использования эмбрионов для «ремонта» тела. По мнению доктора Ричарда Кеннеди, технологии стволовых клеток в ближайшие 10 лет шагнут вперед, сделав вышеупомянутые этические споры вполне обоснованными.

Источник: Daily Mail

Размер ноги имеет значение

По данным о продажах обуви в Великобритании, за последние 5 лет средний размер ноги британцев значительно увеличился. Врачи объясняют эту тенденцию увеличением количества людей, страдающих ожирением. Если 5 лет назад средний размер покупаемой британцами обуви был 42, то сейчас он больше 43. Все большим спросом начинает пользоваться обувь 48—50 размеров. Наибольший средний размер ноги имеют мужчины из Бирмингема, за ними в порядке убывания размера следуют жители Ливерпуля, Белфаста, Кардиффа и Лондона. Согласно оценкам специалистов, средний размер ноги у женщин также увеличился как в длину, так и в ширину. Тэм Фрай представитель британской организации Child Growth Foundation, занимающейся изучением вопросов роста и развития детей, среди возможных причин наметившейся тенденции назвал стимуляцию продукции гормона роста, связанную с увеличением количества пищи, которую потребляют дети. Другими словами она является одним из проявлений процесса акселерации.

Источник: medlinks.ru

Попробуй похудеть на 76 кг

Британка Джорджия Дэвис сумела похудеть на 76 килограммов с помощью американских инструкторов, пишет The Sun. В августе 2008 г. врачи предупредили Джорджию, что при сохранении прежнего веса и образа жизни она может умереть в течение ближайших нескольких месяцев. После этого девушку направили в американский лагерь — школу Уэллспринг для страдающих ожирением подростков в Северной Каролине. Спустя 7 месяцев после прибытия в США, вес юной британки снизился с 210 до 136 кг при росте 167,6 см. В результате у нее исчезли признаки диабета второго типа, ее также перестали беспокоить боли в спине и в тазобедренных суставах. Борьба с ожирением в школе основана на здоровом питании в сочетании с интенсивными физическими упражнениями. Ежедневный рацион учащихся школы составляет не более 1500 килокалорий, кроме того, ежедневно каждый должен проходить пешком не менее 10 тысяч шагов. Ученики также получают индивидуальные консультации психологов и инструкторов по фитнесу.

Источник: medportal.ru



3.С. Баркаган, А.П. Момот
ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА
 Издание 3-е
 Издательство «НьюДиамед»
 2008 г.

В справочном пособии в сжатой и доступной форме представлены данные об основных компонентах и механизмах функционирования системы гемостаза в норме и при наиболее часто встречающихся в практике врача патологических нарушениях в разных звеньях этой системы — при различных видах кровоточивости, ДВС-синдроме, тромбозах и тромбофилических состояниях. Подробно описываются методы лабораторной диагностики и контроля за гемостатической и антитромботической терапией. При этом предпочтение отдается наиболее доступным и, вместе с тем, достаточно информативным методам исследования.

Книга рассчитана на клиницистов, практикующих врачей разных специальностей и врачей-лаборантов, поскольку геморрагии, тромбозы и ДВС-синдромы занимают одно из доминирующих мест в патологии человека.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
 115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»
 Тел/факс (499) 782-31-09
 E-mail: mtpndm@dol.ru

Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

ИнтерНьюс

Обезьянку жалко, а человека?

ЕС готовится ужесточить правила проведения опытов над животными. Сейчас, когда ученые во всем мире приближаются к решению многих проблем, которые грозят здоровью человека, изобрели новые лекарства, спасшие жизнь миллионам людей, они столкнулись с новой угрозой. Процесс поиска новых лекарств для лечения таких заболеваний, как болезни Паркинсона или Альцгеймера, может остановиться, если Европейский союз ужесточит правила проведения опытов над животными в научных лабораториях. Серьезные медицинские исследования находятся под угрозой если не полной отмены, то приостановления, если ЕС воплотит свои намерения в жизнь. Специалисты предупреждают, что ужесточение правил по проведению опытов может отразиться на развитии медицинских наук в Европе и привести к настоящему застою в исследованиях. По данным Guardian, одному из самых строгих запретов подвергнутся опыты над обезьянами. В случае, если ЕС действительно примет такой документ, ученых ждет настоящий удар: обезьяны незаменимы при опытах по поиску лекарств для лечения нейродегенеративных заболеваний (например, болезни Паркинсона и Альцгеймера). Девять исследовательских организаций, среди которых Welcome Trust, Research Council и Association of Medical Research Charities, отправили в ЕС петицию протеста. Ведущие ученые не видят в инициативах ЕС ничего, кроме проблем. Они предупреждают о возможном прекращении многих важнейших исследований, о росте стоимости опытов и бюрократических формальностей. «Конечно, этот документ будет направлен в защиту животных, но могут пострадать многие научные лаборатории. Безусловно, мы беспокоимся о судьбе животных, но в то же время мы хотим найти новые лекарства, чтобы спасти людей», — заявил сэр Марк Уолпорт, глава Welcome Trust. Если новый документ будет принят, ученым запретят ставить серьезные опыты над приматами, например, исследовать их мозговую деятельность или иммунную систему. Использование обезьян будет разрешено только в том случае, если ученые захотят проследить манеру их поведения и приспособляемость к тем или иным условиям. Вот уже 6 лет, как в Европе полностью запрещены опыты над крупными приматами, например, гориллами, орангутанами и шимпанзе.

Источник: GZT.RU

Тесты на халяль

В Казани — очередная победа разума над силами тьмы: в республику пришли первые партии экспресс-тестов для проверки мяса на халяль. Теперь каждый мусульманин, озабоченный соблюдением правил благочестия — чистотой фарша, например, сможет в течение нескольких минут проверить: нет ли там свинины? Сам метод определения разработан достаточно давно, однако для использования в мусульманском быту приспособлен не был. Не у каждого последователя ислама хватит терпения и умения каждый раз в магазине или на рынке проводить хроматографический анализ. Для проведения нового теста специальных знаний не требуется: на бумажку уже нанесены иммуноспецифичные антитела, реагирующие на белки, содержащиеся в свином мясе. Аналогичный способ используется в тесте на беременность, только там для анализа берется не гидролизат фарша, а женская моча. В экспресс-тесте на «чистый халяль» на бумаге должна появиться одна цветная полоска. Это будет означать, что в продукте нет свиных белков. Если же появились две полоски, то продукт мусульманину есть нельзя, а производитель, указавший, что мясо халяльное, имеет все шансы лишиться лицензии и быть навсегда заклеенным позором со стороны собратьев-правоверных. Как заявляют представители Комитета по стандарту «Халяль» при ДУМ РТ, имеющего в Татарстане эксклюзивное право на выдачу знака соответствия с последующей сертификацией продукции в центре «Тест-Татарстан», проблема становится актуальнее с каждым днем. Руководитель Комитета Динар Садыков говорит, что на рынке продуктов мусульманского питания сегодня сплошь и рядом — подделки. Появление экспресс-теста позволит ловить фальшивки «на старте», то есть, не отходя от прилавка или прямо в ресторане. Достаточно иметь с собой немного воды и пузырек, чтобы поддержать там подозрительный кусочек. К сожалению, высокая стоимость тестов, производимых известной российской компанией — около 250 рублей за один анализ, пока мешает снабдить каждого мусульманина республики достаточным количеством инвентаря.

Источник: www.vechnayamolodost.ru

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 03.04.2007 г.

Сопредседатель секции: член-корр. РАМН,
проф. Б.П. Богомолов, проф., д.м.н. В.Е. Нонинов
Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев
Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня: Инфекции подстерегают нас в Москве и Подмосковье

1. Д.м.н. Девяткин А.В. (ФГУ ЦКБ УДП РФ). Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

В докладе представлено современное состояние проблемы, освещены вопросы, касающиеся клиники, ранней диагностики, дифференциального диагноза, лечения и профилактики геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

На сегодняшний день в группу геморрагических лихорадок включают более 10 острых инфекционных болезней человека, общими признаками которых являются: вирусная этиология, природная очаговость, вазотропизм возбудителей, поражение эндотелия капилляров, артериол и венул с развитием геморрагического (ДВС) синдрома, выраженный общетоксический синдром. Все геморрагические лихорадки по эпидемиологическому принципу можно разделить на 3 группы: клещевые геморрагические лихорадки (Крым-Конго, Омская, кысанурская лесная болезнь), комариные геморрагические лихорадки (желтая, денге, чикунгунья) и контактные геморрагические лихорадки, которые могут вызвать заболевание у человека при контакте с грызунами (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, хантавирусный кардиопульмональный синдром, аргентинская и боливийская), а также при контакте с больным человеком (Марбурга, Ласса и Эбола).

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом является самым частым проявлением геморрагических лихорадок на территории нашей страны, кроме того, это самая частая природно-очаговая инфекция в России. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом — острая вирусная природно-очаговая болезнь, характеризующаяся избирательным поражением эндотелия мелких сосудов и капилляров.

Далее докладчик представил историю вопроса изучения геморрагической лихорадки с почечным синдромом и этиологию. Под различными названиями болезнь известна в России с начала XX века. Возбудитель геморрагической лихорадки с почечным синдромом относится к семейству Bunyaviridae и выделен в самостоятельный род Hantavirus. Этот вирус достаточно устойчив во внешней среде. Природным резервуаром хантавирусов являются мелкие грызуны и отмечается определенный тропизм, эндемичность каждого возбудителя на территории Северного Евразийского континента. Основным источником инфекции в Европейской части России является рыжая полевка (в эндемичных очагах инфицированы хантавирусами до 40—57% грызунов), которая выделяет вирус с калом и мочой. Заражение человека происходит воздушно-пылевым путем. Допускается возможность заражения человека алиментарным путем при употреблении продуктов, которые не подвергались термической обработке (капуста, морковь) и были загрязнены грызунами. Заболевание характеризуется четкой сезонностью. Пик заболеваемости приходится на июнь-октябрь.

Среди больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом преобладают лица в возрасте от 20 до 50 лет. Мужчины геморрагической лихорадкой с почечным синдромом болеют в 4—6 раз чаще, чем женщины. Дети в возрасте до 14 лет составляют среди больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом около 5%. Следует подчеркнуть, что, передача инфекции от человека к человеку не происходит. Отмечено несколько эпидемиологических особенностей геморрагической лихорадки с почечным синдромом на территории России. В последнее время наблюдается расширение природного ареала геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Наиболее активны природные очаги в Уральском и Поволжском районах, а также на Дальнем Востоке России.

На Дальнем Востоке геморрагическая лихорадка с почечным синдромом протекает, как правило, с большей долей тяжелых форм, более выраженными инфекционно-токсическими проявлениями и чаще встречающимся более тяжелым геморрагическим синдромом. В европейских очагах преобладают среднетяжелые и легкие формы болезни.

Особое внимание слушателей было обращено на особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом в последние несколько лет. Так, за январь—февраль 2007 г. — 1032 больных геморрагической лихорадкой с почечным

синдромом, из них 611 больных в Центральном ФО (Липецкая, Воронежская, Тамбовская, Рязанская, Владимирская, Калужская области). У 5—10% больных — тяжелая форма болезни, у 50—85% больных — среднетяжелая форма, у 3% больных летальный исход. В последние годы прогнозируется дальнейшее превышение сезонных среднесезонных значений по заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на территориях Центрального и Приволжского ФО, что связано с потеплением климата.

Патоморфологические изменения при геморрагической лихорадке с почечным синдромом характеризуются ярко выраженным поражением кровеносных сосудов зоны микроциркуляции при отсутствии признаков васкулита. Наиболее выраженные изменения обнаруживаются в почках, а также в гипофизе, надпочечниках, печени, ЦНС и сердце. При геморрагической лихорадке с почечным синдромом развивается острый тубулоинтерстициальный нефрит. Далее докладчик подробно изложил клинические периоды типичной формы и осложнения геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Диагноз устанавливается на основании анализа клинических симптомов, эпидемиологических данных, результатов лабораторных исследований. Для геморрагической лихорадки с почечным синдромом характерна клиника острого инфекционного заболевания: острое начало, сочетание лихорадки, общей интоксикации с поражением почек и геморрагическим синдромом. Особое внимание слушателей было обращено на ранние клинические проявления — начальный период заболевания (первые 3 дня болезни): интоксикация, температура тела 38—40°C, тупые боли в поясничной области. При осмотре — гиперемия кожи лица, шеи, верхних отделов груди (симптом «капюшона»). Склеры инъективированы, на фоне гиперемии конъюнктив иногда появляется геморрагическая сыпь. Определяется положительный симптом Пастернацкого с одной или с обеих сторон.



При сборе эпидемиологического анамнеза необходимо учитывать пребывание в природных очагах, сезонность, контакт с грызунами или их выделениями. Чаще всего это поездки на дачу ранней весной, когда на поверхности земли могут быть следы жизнедеятельности грызунов.

Современная диагностика требует обязательного проведения серологического подтверждения, которая основана на обнаружении антител к вирусу геморрагической лихорадки с почечным синдромом класса IgM в ИФА или четырехкратное (и выше) нарастание титров антител в других серологических реакциях (появляются с 3—7 дня болезни, диагностический титр в РНИФ 1:64 и более).

Дифференциальную диагностику геморрагической лихорадки с почечным синдромом следует проводить с гриппом, лептоспирозом, брюшным тифом, «острым животом», другими геморрагическими лихорадками, острым пиелонефритом, гломерулонефритом и другими заболеваниями почек. В плане дифференциальной диагностики определенные трудности представляет лептоспироз, поскольку это тоже острая природно-очаговая, зоонозная инфекционная болезнь, вызываемая различными серотипами лептоспир, характеризуется лихорадкой, симптомами общей интоксикации, поражением почек, печени, нервной системы. В тяжелых случаях наблюдается желтуха, геморрагический синдром, острая почечная недостаточность и менингит. У 20—50% больных лептоспирозом появляется пятнистая эритематозно-геморрагическая сыпь на коже нижних конечностей, чего не бывает при геморрагической лихорадке с почечным синдромом. Брюшной тиф в плане дифференциальной диагностики может сравниваться с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом только в начале олигурического периода, когда острая почечная недостаточность при геморрагической лихорадке с почечным синдромом еще не так очевидна. Геморрагическая лихорадка Крым-Конго по сравнению с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом характеризуется более выраженной степенью токсикоза, геморрагическим синдромом, а поражение почек здесь слабо выражено. Передается инфекция через клещей.

Начало на стр. 4 ↻

Далее докладчик представил подходы к лечению больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом. Отмечено, что этиотропная терапия не разработана, но рекомендовано назначение рибавирина 1,0–1,2 г/сутки впервые 4–6 дней болезни. Далее подробно изложены принципы патогенетической терапии геморрагической лихорадки с почечным синдромом, подчеркнув, что больные не представляют опасности для окружающих и могут лечиться в стационарах общетерапевтического профиля.

Следует подчеркнуть, что перехода геморрагической лихорадки с почечным синдромом в хроническую почечную недостаточность не отмечается. У 15–22% больных, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом, развивается хронический пиелонефрит. Выписывают из стационара после исчезновения клинических проявлений болезни и нормализации лабораторных показателей. Следует подчеркнуть, что полиурия не является противопоказанием для выписки. После осуществляется диспансерное наблюдение в течение 1–2 лет (контроль анализа крови, анализа мочи, пробы Реберга, консультации окулиста, невролога, эндокринолога, отоларинголога). После перенесенной геморрагической лихорадки с почечным синдромом остается прочный иммунитет. Повторных заболеваний не наблюдается.

Существует только неспецифическая профилактика, которая заключается в уничтожении грызунов в очагах геморрагической лихорадки с почечным синдромом и в защите людей от соприкосновения с грызунами или предметами, загрязненными их выделениями. В населенных пунктах, располагающихся около леса, необходимо хранить продукты на складах, защищенных от грызунов. Территорию около жилья следует освободить от кустарника, бурьяна. При размещении в летних лагерях, туристических базах — выбирать места, не заселенные грызунами, свободные от зарослей бурьяна. Мусорные ямы в этих случаях располагают не менее чем в 100 м от палаток.

Далее докладчик остановился на вопросах, связанных с хантавирусным кардиопульмональным синдромом, поскольку это одно из проявлений хантавирусной инфекции, куда относится и геморрагическая лихорадка с почечным синдромом на территории нашей страны. Хантавирусный кардиопульмональный синдром — острая вирусная природно-очаговая инфекция с развитием системного капилляротоксикоза и преимущественным поражением микрососудов легких и сердца. Заболевание издавна встречалось у аборигенов пустынных областей юго-запада Северной Америки. Впервые заболевание было выявлено в 1993 г. в США. Заболевание характеризуется тяжелым течением с высокой лихорадкой, ознобом, миалгией, кашлем, одышкой и прогрессирующей сердечной сосудистой недостаточностью. Смертность составляла почти 80%, сейчас — 30%. Резервуаром и источником инфекции являются грызуны. Механизм передачи такой же, как и при геморрагической лихорадке с почечным синдромом в основном аэрогенный. Случаев заражения человека от больного человека не было. Патогенез сходен с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом. Отличительной особенностью патогенеза хантавирусного кардиопульмонального синдрома являются системное поражение стенок мелких сосудов (капилляров, артериол и венул) и тропность хантавируса к эндотелию капилляров легких. Поэтому первичным проявлением заболевания является отек легких и ДВС-синдром. Диагностика основана на клинических симптомах болезни с регистрацией респираторного дистресс-синдрома и острого миокардита, на данных эпидемиологического анамнеза, лабораторной диагностики с обязательным обнаружением противовирусных антител класса IgM и IgG в ИФА, РНК возбудителя в крови методом ПЦР. Лечение основано на патогенетических принципах. Профилактика неспецифическая. Вакцинации на сегодняшний день не существует.

Вопросы к докладчику:

Вопрос Воробьева П.А.: По факту в Москве Вы диагностируете тяжелые формы геморрагической лихорадки с почечным синдромом?

Ответ: Да.

Воробьев П.А.: То есть по Вашим данным госпитализируется приблизительно 5% больных с манифестными форма-

ми геморрагической лихорадки с почечным синдромом, а 95% больных имеют легкое течение.

Ответ: Да, еще нас тревожит вопрос, почему при семейных вспышках геморрагической лихорадки с почечным синдромом нет больных детей? Когда члены семьи живут на даче, и муж, и жена заболевают, а у маленьких детей нет клиники почечного синдрома, но у них отмечаются кратковременное лихорадочное состояние и респираторные проявления.

Воробьев П.А.: В Москве больных с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом реально не 500 человек, а 2–3 тысячи, только диагноз им не ставят, так как заболевание протекает под любыми другими «масками», чаще всего острого респираторного заболевания. Следует подчеркнуть, что олигурическую стадию имеет только тяжелая форма геморрагической лихорадки с почечным синдромом, а другие формы протекают без олигурии и почечной недостаточности и имеют легкое течение. И получается, что это острая респираторная вирусная инфекция, которая только у части больных проявляется тяжелым ДВС-синдромом с развитием острой почечной недостаточности. Поэтому у детей нет, так как они не дают таких тяжелых ДВС синдромов, поскольку система свертывания у них более устойчивая, чем у взрослых.

Ответ: Я с Вами от части согласен, но клиническая верификация геморрагической лихорадки с почечным синдромом идет при наличии двух синдромов геморрагического и почечного, когда мы видим олигурию и прогрессирующую почечную недостаточность. Заболевание может протекать и под «маской» респираторного заболевания, но вирус не репродуцируется и не вызывает изменения респираторного тракта, и тогда возникает вопрос, как мы будем выявлять этих больных, поэтому без поражения почек поставить диагноз геморрагической лихорадки с почечным синдромом мы не можем.

Воробьев П.А.: А летом больным с острой респираторной вирусной инфекцией надо назначать анализ мочи и обращать внимание на наличие протеинурии.

2. Профессор Белобородов В.Б., Чеботарев Э.Ю. РМАПО, ГКБ им. С.П. Боткина. «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: практика интенсивной терапии».

В докладе обсуждались вопросы интенсивной терапии и применения экстракорпоральных методов лечения острой почечной недостаточности у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, протекающей в тяжелой форме, на клиническом примере из собственной практики.

В заключение Богомолова Б.П. отметил, что сегодня мы начали рассматривать проблему природно-очаговых инфекционных болезней, характерных для Московского региона. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом — это первая болезнь из этой группы, которая есть в нашем регионе и по сравнению с другими регионами у нас она отличается сравнительно благоприятным течением. В альбоме по геморрагической лихорадке с почечным синдромом, который передал мне профессор Фигурнов В.А. из Благовещенской медицинской академии, представлена страшная клиническая картина и что меня особенно поразило — так это кровоизлияние в область гипофиза. Каждую геморрагическую лихорадку и заболевание, протекающее с геморрагическим синдромом, надо рассматривать отдельно, поскольку для каждой есть свой возбудитель, патогенез часто не универсальный, а очень различный и разнообразный. Есть исследования, которые показывают, что там, где больше геморрагической лихорадки, больше и сахарного диабета, так как этот вирус обладает диабетогенным действием, подобно тому, как считают вирус гриппа типа В, и проблема здесь намного шире. Следует иметь в виду, что при геморрагической лихорадке с почечным синдромом может поражаться одна почка. При лечении геморрагической лихорадки с почечным синдромом нельзя забывать, что это общая инфекционная болезнь, и она имеет свои особенности патогенеза: это и воздействие организма, и специфического возбудителя, который определяет всю клинику, и поэтому какой-либо метод лечения нельзя рассматривать абстрактно — исходя только из одного синдрома, например, ДВС-синдрома. Поэтому лечение должно быть взвешиваемым, деликатным и нестандартным.

ИнтерНьюс

Что хочу, то и ворочу

20.01.09 в США вступил в силу закон, согласно которому врачи, средний и низший медицинский персонал и другие сотрудники медицинских учреждений могли не участвовать в обеспечении абортов, контрацепции, переливаниях крови и даже вакцинациях, если это противоречило их моральным принципам. Это документ, принятый администрацией Джорджа Буша в августе 2008 г., расширял прежде существовавшую норму, позволявшую медикам не участвовать по этическим соображениям в проведении абортов. Администрация Обамы планирует отменить эту норму. «Когда государство требует от нас пойти наперекор собственной совести, оно становится тоталитарным и опасным», — заявил в ответ на эту инициативу доктор Дэвид Стивенс, руководитель объединяющей 15 000 человек Христианской медицинской ассоциации. С другой стороны, официальная позиция крупнейшей в стране Американской медицинской ассоциации (2,6 млн. членов) и многих других организаций заключается в том, что врачи и другие медработники обязаны информировать пациента о всех возможных путях решения стоящих перед ними медицинских проблем вне зависимости от своих личных убеждений. Говоря о сложившейся ситуации в феврале, представитель американского Минздрава заявил: «Мы не хотим новых ограничений, которые позволили бы тем, кто предоставляет медицинские услуги, отказывать женщинам и их семьям в помощи в планировании семьи и контрацепции, избавляющим, в первую очередь от необходимости в абортах».

Источник: medportal.ru

Американцы возможно заразили урологических больных разовым инструментарием


Почти 6000 пациентов Сиулэндского урологического центра в Южной Дакоте оказались в опасности заражения после того, как их обследовали с помощью используемого повторно одноразового медицинского оборудования. В ходе рядовой проверки, сотрудники инспекции выяснили, что медицинское учреждение повторно использует стерильные катетеры и другое чистоскопическое оборудование, а также емкости для физиологического раствора, предназначенные для одноразового применения. По словам руководства урологического центра, около 5700 пациентов, посещавших клинику с 2002 г., были предупреждены о необходимости сдачи анализов на ВИЧ и гепатиты, несмотря на то, что риск заражения минимален. Клиника предлагает всем предупрежденным бесплатные анализы крови на вирусные инфекции.

Источник: medportal.ru

Фальсификат посчитали

Анонсированный процент выявляемых фальсифицированных лекарственных средств в России составляет 0,1%. При этом независимые источники считают, что в нашей стране процент фальсификата доходит до 60–70%. Об этом сообщил ученый С. Болл на прошедшей в Москве пресс-конференции. Специалист пояснил, что понятия «фальсификат», «контрафакт» и «подделка» юридически имеют определенные различия, но нередко смешение этих понятий приводит к путанице и значительной разнице в данных. «Фальсификация лекарств считается четвертым злом здравоохранения после малярии, СПИДа и курения. По прогнозам, в 2010 г. прибыль от реализации фальшивых лекарств в мире составит 75 млрд. дол.», — отметил С. Болл. Он также рассказал, что сегодня российские ученые предлагают дешевый и эффективный способ системного выявления фальсифицированных препаратов в России. «Так, время получения результата исследования лекарственных средств на дифрактомере /аппарате для проведения структурных исследований/ составляет всего лишь 5 мин., в то время как на лучших западных и японских образцах исследование занимает 20–150 мин., а в России этот процесс растягивается на несколько суток», — подчеркнул ученый. Как сообщил С. Болл, стоимость одного такого прибора составляет 33 тыс евро. «Однако общие затраты на внедрение метода системного выявления фальшивых лекарств в России не превысят нескольких млн. долларов. Планируется, что стоимость одного исследования на дифрактомере составит 10–20 руб., при использовании сегодня других методов — несколько тысяч рублей», — заключил специалист.

Источник: remedium.ru



**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ:
НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА**

Б.П. Богомолов
Издательство НЬЮДИАМЕД
2007 г.

В отличие от предшествующих изданий по инфекционным болезням (ИБ), читателю предлагается книга с оригинальным построением. В общей части книги (первых двух главах) рассматриваются клинические проявления ИБ, отличающие их от других заболеваний, методология и методы диагностики. Во второй, специальной, части каждая группа ИБ (инфекции дыхательных путей, кишечные инфекции, кровяные инфекции, инфекции наружных покровов, антропозоонозы) завершается главами, посвященными клинической дифференциальной диагностике, охватывающей широкий круг болезней, в том числе клинически сходных неинфекционных заболеваний.

В основу клинической диагностики ИБ положены ведущие симптомы и синдромы: лихорадка, сыпь, лимфаденопатия, бронхолегочные поражения, боль со стороны органов брюшной полости, диарея, геморрагические проявления, поражения печени, почек, опорно-двигательного аппарата и др. Проведен анализ результатов исследований гемограммы при различных ИБ, объединенных общим механизмом заражения, изложены основные методы лабораторной диагностики. В сжатом виде представлены неотложные первичные меры, ограничивающие распространение ИБ.

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации.

Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед
 Тел/факс (499) 782-31-09 E-mail: mtpndm@dol.ru
 Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravnigma.net

ИнтерНьюс

Жадность или обжорство, какой из грехов победит?

Национальная служба здравоохранения Великобритании будет платить людям от 70 до 425 фунтов стерлингов за похудение. Подобная система денежных поощрений заботящихся о своем здоровье уже была опробована в борьбе с курением. Для того чтобы получить вознаграждение, человеку необходимо пройти 13-месячную программу похудения. В течение первых 7 месяцев он сбрасывает вес до установленного предела. Для успешного завершения программы участник не должен набирать вес в течение следующих 6 месяцев. Размер вознаграждения зависит от сброшенного веса. За избавление от 7 килограммов участник получит 70 фунтов стерлингов. Похудевшим на 13 с половиной килограммов заплатят 160 фунтов. А пациенты, сбросившие более 22 килограммов, получат 425 фунтов стерлингов. Пилотный проект программы, поддерживаемой и финансируемой Национальной службой здравоохранения Великобритании, запущен в графстве Кент. На 400 мест участников претендуют около 2000 человек. 40 медицинских сестер, страдающих от избыточного веса, будут участвовать в программе вместе с пациентами. Ежегодно британская Национальная служба здравоохранения тратит более миллиарда фунтов стерлингов на борьбу с ожирением. В долгосрочной перспективе предложенная инициатива поможет сэкономить часть средств, используемых на лечение пациентов, страдающих лишним весом.

Источник: Daily Telegraph

Новости NICE

К анализу состояния медицинских исследований 2006 г. прислушались британские парламентарии: принято решение, что бюджет государственных исследований повысится до 1,7 млрд. фунтов в 2010 г. Национальный институт медицинских исследований получит 992 млн фунтов. Программа оценки медицинских технологий получит 80 млн фунтов. NICE опубликовал предварительный вариант отчета по новым лекарственным средствам для лечения карциномы почки — сунитинибу (суненту), бевацизумабу (авастину), сорафенибу (тексавару) и темсиролимусу (ториселу). Основной вывод: лекарственные средства действуют, но их затратная эффективность очень низка. При применении в случае прогрессирующего рака почки эффект может быть в виде продления жизни на 5–6 мес. Стоимость лечения составляет около 50 000 долларов США в год, а в расчете на год качественной жизни 140 000–340 000 долларов. Ориентировочный потолок затратной эффективности составляет 40 000–60 000 долларов. Проект вызвал горячую реакцию со стороны заинтересованных групп. В некоторых европейских странах доступ к этим лекарственным средствам по этим показателям предоставляется нерегулярно, в США предоставляется в некоторых страховых программах с доплатой от пациентов.

Источник: Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2008, № 4

Покупать лекарства по Интернету опасно

Каждый год более 300 тыс. британских мужчин покупают Виагру в интернет-магазинах. Доходы от бизнеса доходят до 10 млн фунтов. Популярностью в сети пользуются не только лекарства для мужской потенции, но и препараты, которые сложно достать в аптеке. По данным The Daily Mail, около 2 млн британцев регулярно покупают медикаменты в Интернете. В результате увеличивается число обращений к терапевтам. По словам врачей, все больше людей приходит с жалобами на последствия приема поддельных препаратов. «Люди даже не представляют, какой опасности подвергают. Я бы никогда не посоветовал близким покупать лекарства подобным образом», — сказал доктор Вил Биби из «Королевской ассоциации врачей-терапевтов». Представители этой организации провели расследование, в результате которого выяснилось, что помимо некачественных лекарств, в Интернете зачастую продаются экспериментальные препараты, которые могут нанести здоровью людей непоправимый вред. В планах британского правительства — добиться полного контроля над сайтами, продающими лекарства. Они должны будут сотрудничать с аптеками страны, и задействовать в работе профессиональных врачей, которые будут консультировать покупателей и требовать рецепты на определенные виды лекарств. Однако данный проект пока остается на стадии разработки. Все, что могут сделать врачи, — это проводить акции среди жителей страны, предупреждая их об опасности покупки лекарств онлайн.

Источник: gzt.ru

Мне посчастливилось знать лично Георгия Павловича с июня 1964 года по 27 июля 1970 года (день его смерти).

В жаркий июльский день, находясь в отпуске с семьей и близкими друзьями на Волге в 80 км выше Астрахани, я получил печальное известие о неожиданной скорострительной кончине Георгия Павловича. Сразу начал собираться в Москву. Буквально через час гонец из Астрахани привез приказ Областного отдела здравоохранения, обязывающий меня как главного инфекциониста области срочно прибыть на экстренное совещание противоэпидемической комиссии. Мое душевное состояние «гнало» меня к дорогому Учителю, ставшему за время творческой работы с ним (с 1964 года) близким человеком и другом... Но чрезвычайные обстоятельства и долг врача не позволили сделать этого.

Памяти учителя Георгия Павловича РУДНЕВА (к 110-летию со дня рождения)

Член-корр. РАМН, профессор Б.П. Богомолов

По прибытии в Астрахань я узнал, что диагностирована холера у капитана судна, ходившего на юг Каспийского моря к границам Ирана. Заболевание в течение суток закончилось летальным исходом. Вибрион Эль-Тор серотипа Инабо был выделен в лаборатории городской клинической инфекционной больницы им. В.М. Бехтерева. Готовность к встрече с холерой была обострена тем, что в начале 1970 года я получил от Георгия Павловича письмо, в котором он предупреждал быть настороже. В Тегеране заболело холерой Эль-Тор 20 тыс. человек с летальностью 5%. Учитывая это, с мая 1970 года в лаборатории больницы по нашему предложению у всех больных тяжелыми острыми кишечными инфекциями с обезвоживанием проводили посевы на холеру. Вплоть до 25 июля 1970 года они были отрицательными (выполнено 359 анализов). И вдруг — вибрион!!! Все «завертелось», т. е. холерный вибрион на другой день и в последующие дни стал высеваться у множества больных в стремительно нарастающем темпе. 3 августа 1970 года в инфекционную больницу поступило более 100 больных. Стало ясно, что в Астрахани возникла эпидемия холеры! Она была остановлена за 2,5 месяца усилиями врачей, различных гражданских и военных медицинских учреждений, направленных Правительством для непосредственной работы в холерном очаге. В нем находились министры здравоохранения СССР и РСФСР, их заместители — главные санитарные врачи. Оперативную работу проводили Астраханский обком КПСС и облисполком, создав Чрезвычайную противоэпидемическую комиссию (ЧПК) с медицинским штабом. В астраханском холерном очаге работало огромное число врачей и ученых из многих учреждений страны. Благодаря самоотверженной и хорошо организованной работе астраханских медиков с участием главных инфекционистов МЗ СССР и РСФСР профессоров В.И. Покровского и В.Н. Никифорова, а также сотрудников кафедры инфекционных болезней ЦОЛИУв А.А. Строганова, Г.Е. Лациника и ЦНИИЭ МЗ СССР профессоров В.В. Булычева, В.П. Машилова, В.В. Малеева и др. летальность при холере Эль-Тор в астраханском очаге составила 0,8%, была в основном внегоспитальной и самой низкой в мире. Без преувеличения могу сказать, что немалую роль в этом сыграли предостережения Г.П. Руднева — большого знатока особо опасных инфекций (ООИ). Разработкой клиники, диагностики и лечения ООИ он занимался всю жизнь, написал фундаментальные клинические работы, актуальность которых не утрачена и сегодня. Монография и одновременно докторская диссертация Г.П. Руднева «Клиника чумы», защищенная перед началом Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., была удостоена премии Наркомздрава СССР — высшей награды того времени за научные достижения в медицине.

С первых дней Великой Отечественной войны и почти до ее окончания Г.П. Руднев находился в действующих войсках Западного фронта, будучи главным эпидемиологом, консультантом-инфекционистом, организатором инфекционных госпиталей. Весной 1944 года был демобилизован и занял по конкурсу кафедру инфекционных болезней ЦОЛИУ(в).

Георгий Павлович Руднев руководил кафедрой инфекционных болезней ЦОЛИУ(в), ныне РМАПО более 25 лет. Он создал крупную отечественную школу инфекционистов. Начало формирования его школы относится к Дагестану, где в медицинском институте г. Махачкалы им были организованы две кафедры: инфекционных болезней и терапии. Вспоминая то время, с большой теплотой и благодарностью он говорил о своих учителях из Ростовского-на-Дону медицинского института, воспитанником которого был. Научной работой Георгий Павлович начал заниматься в студенческие годы и тогда же стал непременным участником работы в чумном и холерном госпиталях в качестве санитаря и фельдшера. Его тянуло к профессионально сложной работе с больными ООИ. Верной спутницей по работе в госпиталях стала жена Раиса Федоровна Акулова, позднее хирург-ортопед, профессор столичного Всесоюзного института курортологии и физиотерапии.

Большую жизненную школу прошел Г.П. Руднев на фронтах Великой Отечественной войны, участником которой он стал с первых дней. По свидетельству астраханского профессора Бориса Викторовича Савинича, также участника войны, имя Г.П. Руднева было на слуху у военных медиков. Его знали как смелого человека, хорошего врача и организатора (фронтного эпидемиолога). Профессор Г.П. Руднев в условиях войны продолжал сам учиться и учить своих коллег. Спусти много лет, Николай Иванович Калабухов, работавший в Астрахани на противочумной станции, говорил мне, что Георгий Павлович «сохранил ему жизнь», рядовому красноармейцу, находившемуся на передовой, «... он обратился к фронтному командованию и вызволил меня с фронта как специалиста, профессора-чумолога, для противоэпидемической работы». В то время в войсках была широко распространена туляремия в связи с увеличением численности полевых мышей (на полях остались небурные злаковые). В этих условиях нельзя было забывать и о возможности чумы. За работы по чуме Н.И. Калабухов был удостоен Государственной премии СССР. Им написаны моно-

графии «Спячка животных», «Жизнь зоолога». После Великой Отечественной войны до 1952 года он заведовал кафедрой биологии в Харьковском университете. О судьбе этого интересно человека и ученого следует сказать особо. В 1952 году после объединенных сессий АМН СССР и ВАСХНИЛ, проведенных по инициативе скандально известного академика Т.Д. Лысенко, ему как заведующему кафедрой на Ученом совете был задан вопрос: «Признаете ли Вы, профессор Калабухов, лженауку генетику?» Он ответил: «Как я могу отказаться от своей матери, если я на нее похож?!». Этого было достаточно, чтобы лишиться профессора занимаемой кафедры. С той поры он многие годы ездил по стране, изучал биологию полевых грызунов, их восприимчивость и устойчивость не только к чуме, цо и к возбудителю проказы. Работал в Саратове, на Дальнем Востоке, в Астрахани.



Георгий Павлович Руднев (1899—1970)

В холерный 1970-й год изучал морфологию эритроцитов при холере у больных и в эксперименте. Встретившись с ним как-то утром у центрального газетного киоска в Астрахани, я видел, как Николай Иванович интересовался газетами на английском и французском языках и покупал их. После чего отправлялся в рейсовом автобусе на правый берег Волги в поселок Карантинное, где на его окраине в глинобитных строениях-мазанках у него была экологическая лаборатория (с мизерным штатом — 2 или 3 человека). Эта лаборатория представляла руководимый им филиал Саратовского института «Микроб», в ней велись серьезные научные исследования. В мою бытность заведующим кафедрой инфекционных болезней в Астраханском медицинском институте (1964–1975 гг.) академик Михаил Петрович Чумаков в 1965 году привез в г. Астрахань делегацию вирусологов-экологов из США. Их интересовала

миграция птиц — возможных переносчиков и прокормителей клещей, в которых обитал вирус геморрагической лихорадки Конго (Крым). С 1954 по 1966 год она регистрировалась ежегодно. Была проведена незапланированная конференция с докладами из США, Москвы и Астрахани. Не оказалось переводчика. Эту роль успешно выполнил профессор Калабухов. На той же памятной конференции доклад о патоморфологии лихорадки Конго (Крым) на английском языке сделал астраханский профессор-патологоанатом Михаил Соломонович Брумштейн. Уровень конференции соответствовал мировому.

В 1966 году под руководством Г.П. Руднева в г. Астрахани проводился выездной цикл усовершенствования врачей. В нем участвовали сотрудники кафедры: Э.А. Гальперин, А.В. Еременко, А.Д. Сидорова, Т.Ф. Пальцева, Е.В. Станцо, А.С. Богданова, Ю.Ф. Щербак, Г.Е. Лациник. Георгий Павлович нашел время, чтобы повидаться с Н.И. Калабуховым. Мы были у него в гостях дома. Воспоминания касались многих научных тем. Но не было никакого недовольства уготованной ему судьбой. Он оставался ученым всегда и везде. С наступлением «оттепели» в 60-х годах XX столетия с приходом к руководству страной Н.С. Хрущева ректор Астраханского медицинского института предложил Николаю Ивановичу возглавить кафедру общей биологии. «Поздно...» — ответил он с грустью в глазах.

В СССР в послевоенные годы создавался дефицит кадров высшей квалификации по инфекционным болезням. Профессоров-заведующих кафедрами в медицинских вузах было всего лишь около 40%. Г.П. Руднев с коллективом кафедры РМАПО внес огромный вклад в подготовку докторов наук из числа успешных участников войны и молодого поколения. Кафедра была местом, куда с большой охотой и радостью приезжали многочисленные благодарные Георгию Павловичу ученики и друзья: А.Г. Подварко (Махачкала, Краснодар), Б.Л. Угрюмов (Киев), СЕ. Шапиро (Хабаровск), И.К. Мусабаев (Ташкент), М.А. Зейтленок (Воронеж), А.И. Кортев (Свердловск, Екатеринбург), С.Н. Сорин-сон (Нижний Новгород), Ю.М. Михайлова (Москва, Саратов), Ю.В. Скавинский (Красноярск), Д.М. Долматов (Омск), М.М. Лысковцев (Новокузнецк, Пермь), А.Ф. Блюгер (Рига), П.А. Алексеев (Фрунзе, Бишкек), А.И. Хочава (Гродно, Тбилиси), П.П. Чибирас (Вильнюс), Ш.Х. Ходжаев (Ташкент), А.А. Ташпулатов (Самарканд), И.Р. Дробинский (Кишинева), Г.М. Иммамалиева (Баку), Н.А. Мирзоян (Ереван), Л.С. Яровой (Старополю), Н.Р. Иванов (Саратов), Г.Ф. Белов (Новосибирск), А. Д. Брискер (Челябинск), М.А. Борисова (Владивосток), В.Н. Лейман (Самара) и многие др. Они заведовали кафедрами, продолжали учиться и пополнять знания в мощном коллективе педагогов, руководимых Георгием Павловичем. К чтению лекций привлекались высококлассные специалисты из многих научно-исследовательских институтов, лабораторий и клиник столицы. Лекции читали В.Д. Тимаков (президент АМН СССР), З.В. Ермольева, П.Н. Бургасов (главный санитарный врач страны), О.В. Бароян, М.П. Чумаков, В.М. Жданов, Г.В. Выгодчиков, И.С. Безденежных, Е.С. Кетилладе и другие академики и профессора. К чтению лекций Георгий Павлович привлекал и молодых, только что защитивших докторские диссертации ученых. В.И. Покровский (будущий президент АМН СССР — РАМН) читал лекцию по менингитам, В.Н. Никифоров — по сибирской язве и холере, К.М. Лобан — по столбняку, А.Я. Лысенко — по малярии и другим паразитозам, Д.Н. Засухин — по токсоплазмозу.

Среди слушателей циклов усовершенствования врачей для профессоров и доцентов, проводимых кафедрой инфекционных болезней РМАПО, долгую и светлую память оставили профессор Борис Леонтьевич Угрюмов и Семен Евтихевич Шапиро. Военный врач, а затем профессор Б.Л. Угрюмов, защитивший под руководством Г.П. Руднева докторскую диссертацию по уральской геморрагической лихорадке (ГЛСПС), работал в Киеве заместителем директора по научной работе в институте инфекционных болезней АМН СССР (позднее Киев-

Продолжение на стр. 7

Начало на стр. 6

ский НИИ инфекционных и паразитарных болезней им. Л.В. Громашевского). При жизни Лев Васильевич Громашевский был директором этого крупного института. Вместе с Георгием Павловичем на фронте был СЕ. Шапиро. Руднев говорил о нем с особой теплотой как о враче и человеке, «в холода мы накрывались с ним одной шинелью». С.Е. Шапиро в соавторстве с З.Я. Абдуллохаджаевым написали о Георгии Павловиче замечательную книгу, изданную в 1981 году в серии «Выдающиеся деятели отечественной медицины и здравоохранения». Мне довелось быть ее рецензентом. СЕ Шапиро по этому случаю прислал мне теплое письмо.

Дочь Г.П. Руднева — Елена Георгиевна Руднева — профессор-филолог МГУ им. М.В. Ломоносова передала мне эту книгу с написанной рукой Е.С. Шапиро благодарностью и подписанной ею лично.

Георгия Павловича отличали беззаветное служение избранному делу, патриотизм и любовь к Родине. Приобретая опыт Великой Отечественной войны по профилактике инфекционных болезней в войсках, он постоянно заботился об инфекционной безопасности страны. Стремился знания врачей приближать к экстремальным ситуациям. Его лекции часто прерывались словами «Товарищи, офицеры...», за этим следовало повествование о какой-либо важной детали, которая могла пригодиться и быть полезной в нестандартной обстановке.

Георгий Павлович был прекрасным семьянином, любил свою семью, особенно выделял внучку Наташу — теперь Наталью Николаевну Колотилову, ставшую микробиологом, доцентом МГУ им. М.В. Ломоносова. Он любил свою кооперативную квартиру, приобретенную на трудовые сбережения, на Песчаной улице у станции метро «Сокол», что неподалеку от больницы им. СП. Боткина. На работу он приходил обычно рано, в дни лекций не менее чем за час до их начала; лекции начинались точно в 8:30. Как-то я спросил: «Георгий Павлович, Вы так много работаете, когда Вы успеваете писать книги?». Он ответил: «Встаю в 4 часа утра и пару часов работаю за письменным столом». Еще говорил: «На все неприятности и козни в жизни ответ у меня всегда один — работа!»

Будучи одним из первых избранных после войны членов медицинской академии, Георгий Павлович трепетно относился к этому святому для него штабу медицинской науки, боролся за единство ее рядов и высокий авторитет в нашей стране и за ее пределами. Он был академиком-секретарем отделения клинической медицины АМН СССР. Его несостоявшимся желанием было, чтобы защита моей докторской диссертации прошла в Ученом совете АМН СССР. В Академии, на Солянке, он познакомил меня с видным химиотерапевтом Хуаном Хуановичем Планель-сом, неврологом Романом Александровичем Ткачевым, за-

мечательным врачом, диагностом и человеком. Знакомая нас, Георгий Павлович шепотом сказал: «Профессор Ткачев лечил самого И.В. Сталина». Позднее, работая с 1975 г. в Четвертом главном управлении при Минздраве СССР и встретившись с Романом Александровичем Ткачевым на консилиуме, я был изумлен, что он запомнил нашу первую встречу в Академии. Участвуя во многих консилиумах с Романом Александровичем, иногда вместе с академиком РАМН Евгением Владимировичем Шмидтом, никогда я не слышал от него о врачебной работе в период культа личности И.В. Сталина. Он помнил о долге врача хранить тайну о больном.

Одним из страстных увлечений Георгия Павловича была рыбалка. Он был таким же фанатом рыбалки, как и Петр Николаевич Бургасов. Мог часами рассказывать о повадках рыб. Рыбачил во многих местах, но больше всего полюбил рыбалку в Астрахани. На нее он приезжал ежегодно осенью с 1965 года. В это время идет хороший лов судака, сома на спиннинг. В компании с Ю.Ф. Щербаком, Г.Е. Лациником, которые всегда сопровождали академика, и моим старым другом Б.П. Попехиным, удивительно талантливым рыболовом, нам всегда сопутствовала удача. Однажды Георгий Павлович рыбачил, сидя на корме полюбившегося ему катера «Евгений Марциновский», в районе села Икряное, поймал лично восемь сомов. Радости не было предела! Он часто повторял: «Никто не ловил, один я ловил... Щербак, сфотографируй меня!». Следовала серия фотографий на память от Ю.Ф. Щербака. Увлечшись астраханской осенней рыбалкой, ее продуктивностью, он стал настаивать на приезде в Астрахань и весной. Мои доводы о том, что весенняя рыбалка не та, что осенью, идет только вобла и сельдь, не были приняты. В том же составе начали рыбачить в мае, но в другом месте (не на Огневке, как обычно, а в Карае). Весной там лучше всего ловится вобла. Хотелось, чтобы он получил хоть какое-нибудь удовольствие. Но весной крупная рыба везде ловится гораздо хуже, чем осенью. Вывод академика был неумолим. «Приехали не на то место», — с огненным взором заявил он. Пришлось ехать на старое привычное место на Огневку. Но там также ловилось плохо, еще хуже, чем в Карае. Последовал второй глубоко научный «академический» вывод: «Ребята, теперь вы понимаете, что у природы имеются свои циклы».

Георгий Павлович в любой обстановке вел себя как истинный русский интеллигент. Не терпел пошлых анекдотов. Но ценил юмор, остроумную шутку. Был прост в общении. После рыбалки за ужином мог спеть песню, обладал хорошим баритоном. Ему нравились песни о чумологах. В это время вспоминал друзей, больших ученых, оставивших след в его сердце и внесших весомый вклад в медицину. Таким остался в моей благодарной памяти крупный деятель отечественной медицинской науки и здравоохранения, незабвенный учитель Георгия Павлович Руднев.

Желание обеспечить хороший сон с давних пор приводило людей к попыткам использовать те или иные продукты и чистые вещества как снотворное. Еще ассирийцы около 2000 г. до н. э. использовали препараты белладонны для улучшения сна. Египтяне применяли опиум уже в 1550 г. до н. э. Очень давно замечено тормозящее действие этанола — спиртные напитки, после короткого периода возбуждения нервной системы, приводят к ее торможению. Высокие дозы спиртных напитков индийский врачеватель Чарака применял уже за 1000 лет до н. э. в качестве средства для общей анестезии. В Германии в XIX веке был изобретен ингаляционный наркотический паров опиума, дурмана, гашиша, аконита, мандрагоры и других наркотических и токсических веществ. Сегодня с этой целью применяют лекарственные препараты, относящиеся к различным фармацевтическим группам (транквилизаторы, седативные средства, многие антигистаминные средства, оксидирующая натрия и др.). Журнал American Family Physician опубликовал пересмотр подходов к нефармакологическому лечению хронической бессонницы — состоянию, от которого страдают 10—30% жителей развитых стран. Проведенные на сегодняшний день исследования показали, что нефармакологическое лечение хронической бессонницы дает длительный устойчивый эффект, сравнимый с эффектом медикаментозного лечения, но при этом стабильность его гораздо выше. Хроническая бессонница определяется как нарушение процесса засыпания и непрерывности сна или отсутствие ощущения свеженности при пробуждении, длящиеся не менее одного месяца и ухудшающие возможности дневной активности. Выделяется первичная и вторичная бессонница. Последняя вызывается психиатрическими или соматическими заболеваниями, а также влиянием химических субстанций. Когнитивная тера-

пия бессонницы ставит целью выявить функциональные нарушения поведения, связанного со сном, определить их валидность и подменить нормальными адаптивными моделями. Когнитивная терапия поведения (КТП) обычно проводится в виде 4—8 еженедельных занятий, каждое из которых длится 60—90 минут. Если она выступает в качестве

первичного метода лечения, то частота занятий должна быть увеличена. Исследования показали, что позитивный результат подобного

лечения сохраняется на протяжении 12—24 месяцев. КТП включает в себя когнитивную психотерапию, гигиену сна, контроль стимулов, ограничение сна, парадоксальные действия, релаксотерапию. Гигиена сна включает в себя:

- Отказ от кофеина и никотина, особенно во второй половине дня.
- Прекращение выраженной физической активности за 4 часа до планируемого отхода ко сну. Физическая активность как таковая улучшает качество сна, но поздняя физическая активность может его нарушать.
- Отказ от употребления на ночь тяжелых для усвоения блюд.
- Поддержание четкого расписания отхода ко сну и пробуждения.
- Поддержание комфортной температуры и темноты в спальне.
- Регулярное проведение вечерней релаксации с применением релаксационных методик.
- В случае внешних шумов — использование берушей.
- По крайней мере, тридцатиминутный утренний контакт с дневным светом.

Контроль стимулов призван ассоциировать у пациента кровать со сном и половой жизнью и исключить прочие виды активности. Ограничение сна подразумевает увеличение его эффективности за счет

Бессонница?

Психотерапия лучше, чем таблетки!



ограничения времени, проводимого в постели. Парадоксальные действия включают в себя рекомендации пациенту бодрствовать, с целью избавиться его от страха перед засыпанием. Релаксотерапия ставит целью снизить частоту пробуждений и улучшить качество сна. Она включает в себя следующие пункты:

- Аутотренинг: пациент должен представлять мирное место и комфортные ощущения (тепло и тяжесть в конечностях, тепло в верху живота, прохладу в лобной части головы).
- Визуальный или аудио тренинг обратной биологической связи — позволяет пациенту контролировать специфические физиологические параметры.
- Гипноз.
- Терапия с применением приятных или нейтральных изображений.
- Медитация, нижнее (абдоминальное) дыхание.
- Мерное дыхание: глубокий вдох с пятисекундной задержкой дыхания и выдох с фокусированием на звуке дыхания повторяется несколько раз.
- Прогрессивная миорелаксация: напряжение и расслабление групп мышц от области стопы до области лица.
- Повторение фокусирования на слове, звуке, молитве, фразе, мышечной активности.

Большинство снотворных препаратов могут вызывать довольно серьезные побочные эффекты, в частности тяжелые аллергические реакции, состояния внезапной потери памяти, формирование постоянной амнезии. Наиболее важными являются постсомнические нарушения; развитие толерантности и изменение структуры сна. К части снотворных может развиваться физическое пристрастие и своеобразная наркомания. Так что подумайте как следует, прежде чем принять снотворное самому или назначить его пациенту...

Сопредседатели секции:

- Ю.Н. Беленков, член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- В.А. Сагдириков, академик РАМН, д.м.н., профессор
- М.Г. Глезер, д.м.н., профессор
- М.П. Савенков, д.м.н., профессор, кардиолог
- В.А. Парфенов, д.м.н., профессор, невролог
- А.В. Чупин, д.м.н., профессор, ангиохирург

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской академии наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

Сопредседатели секции:

- Б.П. Богомолов, член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- А.Г. Чучалин, академик РАМН, д.м.н., профессор
- В.Е. Ноников, д.м.н., профессор
- А.С. Белевский, д.м.н., профессор

Программа заседания:

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской академии наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

Приглашение

«Вертебрально-базиллярная недостаточность»

19 ноября 2009 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Программа заседаний секций МГНОТ в 2009 году
Московского городского научного общества терапевтов
Совместные заседания Кардиологической и Ангиологической секций в 2009 году

Дата	Тема
26 февраля	Синкопе. Что за этим стоит?
19 марта	Профилактика сердечно-сосудистых осложнений
23 апреля	Медикаментозное и немедикаментозное лечение артериальной гипертензии. Каков баланс?
21 мая	Гиполипидемическая терапия. Мифы и реальность.
17 сентября	Коморбидность в кардиологии. Заболевания бронхо-легочной системы.
1 октября	Тиреотоксикоз
29 октября	Коморбидность в кардиологии. Нефропатия. Пусковой механизм или мишень?
19 ноября	Вертебрально-базиллярная недостаточность
17 декабря	Сердечная недостаточность. Как продлить жизнь больному?

Совместные заседания секции «Человек и инфекция» и Пульмонологической секции в 2009 году

Дата	Тема
17 февраля	Антибиотики современных поколений в клинической практике
3 марта	Респираторная инфекция
14 апреля	Муковисцидоз и другие редкие болезни
29 сентября	Иерсиниозы
20 октября	Гепатиты. От профилактики до трансплантации печени
1 декабря	Базисная терапия бронхиальной астмы. Современная иммунотерапия бронхиальной астмы

Приглашение

«Базисная терапия бронхиальной астмы. Современная иммунотерапия бронхиальной астмы»

1 декабря 2009 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Компания «Лига Спецодежды» — Ваш надёжный партнёр

ООО «ЛИГА СПЕЦОДЕЖДЫ» является производителем и поставщиком профессиональной одежды, специальной обуви и средств индивидуальной защиты для всех отраслей народного хозяйства. Многолетний и плодотворный опыт работы, обширные знания в этой социально важной и ответственной сфере, доверие партнёров и покупателей вывели нашу компанию в число лидеров российского рынка охраны труда.

Одно из ведущих направлений нашей деятельности — разработка и пошив современной, надёжной и эстетичной профессиональной одежды для различных отраслей промышленности.

Пошив рабочей одежды осуществляется на современном оборудовании и с высоким качеством. Ежемесячно мы производим не менее 120 000 костюмов. Общая складская площадь 16 000 кв. м. позволяет нам иметь запасы готовой продукции, удовлетворяющие запросам крупнейших предприятий нашей промышленности. Для корпоративных заказчиков предлагаем пошив спецодежды и униформы на заказ.

Мы предлагаем собственную коллекцию стильной и удобной медицинской одежды серии «Стандарт» и «Личный стиль». В широком ассортименте представлены медицинские костюмы, брюки, жакеты, медицинские халаты, костюмы хирургические, колпаки, головные уборы, одноразовая одежда, перчатки, обувь. Вся медицинская спецодежда выполнена из современных текстильных материалов, отвечающих европейским стандартам, поэтому предлагаемые нами товары рассчитаны на длительный срок применения.

Имеется возможность разработать и изготовить новые модели спецодежды специально для Вашего предприятия, учитывая особенности Вашей отрасли.

Мы предоставляем нашим клиентам следующие возможности:

— комплексное обеспечение любой спецодеждой, униформой, рабочей обувью и средствами защиты. Всегда на складе свыше 6 000 наименований товаров.

— удобство комплектования заказа (офис и склад расположены в одном месте, что обеспечивает значительную экономию времени и сил).

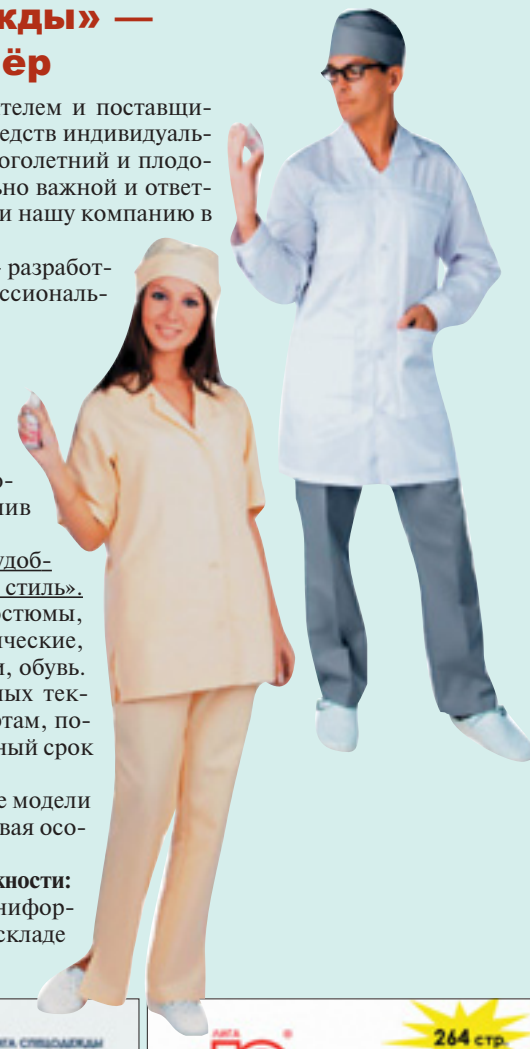
— льготные условия постоянным заказчикам.

— гибкая система скидок (до 30%).

— бесплатная доставка при заказе на сумму от 5 000 руб.

Закажите наши каталоги, мы доставим их бесплатно!

109431, г. Москва,
ул. Привольная, д. 70
(БИЗНЕС-ЦЕНТР «ЖУЛЕБИНО»
7 ЭТАЖ)
Тел. 7(495) 721-14-43, 662-80-38,
645-84-58 (доб. 106)
E-mail: info@liga-spec.ru
WWW.LIGA-SPEC.RU



СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА РАМН

5-е издание 2009 г.
Под редакцией профессора П.А. Воробьева
Издательство НЬЮДИАМЕД

Включает 8 Перечней лекарственных средств:

- Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета РАМН
- Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств;
- Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи;
- Перечень лекарственных средств для педиатрической практики (педиатрический формуляр);
- Негативный перечень медицинских технологий Формулярного комитета РАМН;
- Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (стационарный формуляр)
- Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях амбулаторно-поликлинической помощи (амбулаторный формуляр).

Содержит формулярные статьи на 490 лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых лекарственных средств.

Формулярные статьи содержат сведения о применении лекарственных средств, включают доказательства и критерии оценки эффективности, уникальную информацию для пациентов, медицинского персонала, а также результаты клинико-экономического анализа.

В новом справочнике есть данные об ориентировочной дневной дозе лекарственных препаратов (DDD согласно ВОЗ, цены на лекарства из 3 источников — регистрация перечня жизненно необходимых средств, цены ДЛО и цены Британского формуляра), что позволяет планировать затраты на лекарственные препараты и помогает при формировании лотов по 94 ФЗ.

Информация предназначена в первую очередь для главных врачей, нармедов, клинических фармакологов, членов формулярных комиссий, заведующих клиническими отделениями больниц.

Информация о применении лекарств уникальна, и ее нет ни в одном другом издании. Она прошла тщательную многоступенчатую экспертизу у большого числа специалистов.

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@do1.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

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

Рекламная информация обозначена