



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Февраль 2010

№ 2 (104)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>
Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Недаром говорят, что опрос пациента — это большая часть диагноза. Разговор с пациентом должен быть подчинен врачом основной теме: постановке диагноза и выбору тактики лечения. Основная тема разбивается на ряд подтем, переход к новой подтеме называется мутацией темы. Это возможно только в том случае, если врач уверен, что обсуждаемая тема полностью раскрыта и добавить к ней нечего. Мутация темы является обязательным элементом сбора анамнеза и жалоб, так как врач должен заполнить все стандартные графы матрицы: наследственность, вредные привычки, условия работы и т. д. У врача в стационаре есть преимущество — он может закрыть тему из-за ее неразвития в силу тех или иных обстоятельств, и вернуться к ней на следующий день. В большинстве случаев у поликлинического врача такого бонуса нет.

Мутация темы — это формулировка вопроса, служащего введением к новой теме, которая не является развитием или уточнением предыдущих ответов. Используя этот прием, врач сам вводит новую тему, а не ждет, когда пациент перейдет к ней по собственной инициативе. Мутация темы при не раскрытой предыдущей является серьезной ошибкой, резко сокращающей возможности получения релевантной информации. Важным элементом квалификации врача является умение фиксировать момент завершения темы, отличая ее от темы оборванной. Обрыв темы часто происходит по вине неопытного врача, который, не дожидаясь полного раскрытия предыдущей темы, задает пациенту новый вопрос.

Ошибкой является и чрезмерное затягивание обсуждения темы, когда пациент не может добавить ничего существенного, повторяя уже сказанное, утрачивает интерес к беседе. В этот момент и следует переходить к новой теме. Правильным переходом является формулировка некоторого заключения, построенного как суммирующий вопрос. Это дает сигнал пациенту, что тема закрыта и планируется переход к другой теме. Мутация темы должна быть по возможности мягкой, содержать в себе определенную связь между завершающейся и начинаемой темами.

Плавные переходы предотвращают перескакивание от темы к теме, что помогает пациенту более последовательно излагать свои мысли. Переходные вопросы в темах и связующие высказывания следует планировать заранее, например, «А теперь мне нужно уточнить кое-что о Вашей семье». Вместе с тем, врач должен уметь делать плавные переходы, заранее их не планируя.

Если тема, начатая пациентом, явно нерелевантна проблеме, врач вправе ее прервать. Делать это следует тактично и по возможности так, чтобы пациент не заметил намерения оборвать тему. Лучший способ обрыва нерелевантной темы — это предложение развить одну из предшествующих тем, используя уточняющие и разъясняющие вопросы, парафразы. Тем самым врач не высказывает отсутствие интереса к данной теме, а просто демонстрирует повышенный интерес к другой, ранее затронутой, которая, возможно, не получила полного развития.

Надо помнить, что тема, начатая пациентом, может быть нерелевантна лишь на первый взгляд, тогда как при достаточном размышлении она оказывается способна высветить новые аспекты анамнеза. Не стоит сразу прерывать тему, если нет абсолютной уверенности в том, что она не относится к делу. Кроме того, резкие переходы сбивают пациента с толку, нарушают атмосферу сотрудничества. Врачу, помня об этом, необходимо планировать последовательность тем, чтобы она соответствовала логике изложения пациентом; в таком случае требуется очень мало переходов.

Обрыв или резкий переход к новой теме может происходить и по инициативе пациента как следствие ассоциативных связей, возникающих в сознании респондента, или при нарушении сотрудничества, когда пациент внезапно осознает, что «слишком много рассказал врачу». В некоторых случаях переход к новой теме по инициативе пациента может означать сознательное или неосознанное уклонение от вопросов, несущих в себе угрозу своего «я». Задача врача в этом случае — понять, что переход в теме является не случайной ассоциативной связью в сознании респондента, а именно формой уклонения от ответа. Если вопрос важен для врача, он может и должен проявить настойчивость в его

выяснении. Если вопрос не столь важен, а важнее сохранить атмосферу сотрудничества, врач может сознательно увести беседу от тревожащих респондента вопросов и вернуться к ним позже.

Если пациент перескочил к новой теме, не раскрыв полностью предыдущей, и обе темы релевантны проблеме, перед врачом возникает выбор: либо поощрить

развитие новой темы, а затем вернуться к обсуждению старой, либо наоборот.

Иногда в высказываниях пациента возникает перемешивание тем. Оно может возникать в случаях, если в сознании респондента имеются конкурирующие мотивы: сообщить интервьюеру об одном, другом или третьем. Но иногда такое смешивание является признаком нарушения когнитивных функций, например при шизофрении. Если в первом случае проследить ассоциативные связи в момент перехода с темы на тему, то при болезнях переходы часто не могут быть объяснены логически.

Для предотвращения перемешивания тем врач должен предложить пациенту сначала последовательно изложить одну тему, а затем другую. Если вторая тема нерелевантна, ее можно либо отклонить, либо выслушать пациента из вежливости.

Контроль над темой — это степень, в которой врач проявляет инициативу, направляя ход интервью. Степень контроля над темой может быть малой или большой: в первом случае врач проявляет мало инициативы, практически не вмешиваясь в естественный ход высказываний пациента. Врачу не надо увлекаться властью и жестким контролем, но он не может позволить пациенту уходить в сторону. Чересчур активный контроль может создать напряженность, ослабить мотивацию пациента. Использование некоторых приемов контроля может привести к нарушению спонтанности речи и ослаблению мотивации пациента, препятствует полноценному раскрытию темы.

Фокусировка — это позитивная функция, которую должен выполнять врач, направляя беседу таким образом, чтобы были достигнуты основные цели интервью. Продуктивное интервью характеризуется не только искренним свободным общением, но и тем, что общение в нем сфокусировано на достижении основных целей опроса. Постановка лишь общих вопросов не дает пациенту понимания, на каком именно содержании должен быть сфокусирован опрос.

Активное слушание высказываний пациента характеризуется понятной реакцией врача на каждое новое сообщение. Реакция может быть не обязательно вер-

О чем-нибудь поговорим...

П. Воробьев



«У постели больной» Ян Стен

Продолжение на стр. 2

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!
Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. В 2010 году мы будем 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 НЬЮДИАМЕД
Просим Вас при желании в 2010 г. получить газету оплатить ее доставку до 1 апреля 2010 г.!
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) (номер счета получателя платежа) |
| | в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа) |
| Кассир | Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика) |
| | Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2010г. (с НДС-18%) |
| | Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2100 года |
| КВИТАНЦИЯ | ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) |
| | в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа) |
| Кассир | Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика) |
| | Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2010г. (с НДС-18%) |
| | Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2100 года |

ИнтерНьюс

Британские мужчины стали вдвое чаще уменьшать грудь с помощью хирургов

В Великобритании количество мужчин, перенесших в 2009 году пластические операции на груди, увеличилось по сравнению с предыдущим годом почти вдвое, сообщает ВВС со ссылкой на президента Британской ассоциации пластических хирургов (British Association of Aesthetic Plastic Surgeons, BAAPS) Найджела Мерсера. По данным ассоциации, хирурги BAAPS выполнили в 2009 году более 36 тысяч операций, что на 6,7 процента больше, чем в 2008 году. 90 процентов косметических операций было проведено женщинам. Наиболее часто британки обращались к пластическим хирургам по поводу увеличения груди. Самыми популярными пластическими операциями среди мужчин в 2009 году стали ринопластика (операция по изменению формы носа) и блефаропластика (устранение косметических дефектов кожи вокруг глаз). Однако наиболее значительно увеличилось количество проведенных британским мужчинам операций по уменьшению груди. В 2009 году эту операцию перенес 581 британец, что на 80 процентов превышает аналогичный показатель 2008 года (323 операции). По словам пластического хирурга Раджива Гровера, гинекомастия (увеличение грудных желез у мужчин) была известна довольно давно, однако в последнее время этому состоянию уделяется повышенное внимание со стороны прессы, в том числе на страницах мужских журналов. Он отметил, что значительную часть пациентов с гинекомастией составляют мужчины, страдающие ожирением. В связи с этим Гровер посоветовал британцам сосредоточить внимание на своем образе жизни, прежде чем обращаться за помощью пластического хирурга.

Источник: Медпортал

Грузные люди старше 70 живут дольше своих стройных ровесников

При анализе данных о состоянии здоровья 9200 австралийцев от 70 до 75 лет был получен удивительный вывод: после 70 лет полные люди живут дольше, чем пожилые граждане нормального телосложения. Исследование началось в 1996 году. В нем приняло участие 4677 мужчин и 4563 женщины. В течение 10 лет ученые собирали данные об их образе жизни, семейном положении и здоровье. Среди участников исследования с индексом массы тела (ИМТ), указывающим на избыточный вес, смертность за эти 10 лет оказалась на 13% ниже, чем среди их ровесников, следящих за своей фигурой. Правда, полученные выводы относятся к людям, которых принято называть «грузными», а не к пациентам с диагнозом «ожирение». Анализ причин смертности среди участников исследования показал, что болезни, ставшие причиной смерти некоторых из них — рак, сердечно-сосудистые заболевания — не связаны с индексом массы тела. Возникло предположение, что повышенная смертность среди людей с нормальным весом может быть вызвана попытками похудеть или удержаться в данном весе. Но, сравнив относительно здоровых для своего возраста граждан с их курящими или имеющими хронические заболевания ровесниками, ученые также не нашли признаков корреляции состояния здоровья с индексом массы тела. Правда, надо учитывать, что несмотря на преимущества грузности, малоподвижный образ жизни оказывает обратное влияние на ее продолжительность. Смертность среди малоподвижных пожилых людей вдвое выше для женщин и на 25% выше — для мужчин. Теперь перед учеными стоит вопрос: при каком уровне ИМТ среди пожилых людей будут наблюдаться самые низкие показатели смертности? Второй важный вывод, который можно сделать из полученных данных — это то, что пора пересмотреть ИМТ-классификацию в отношении пожилых людей. По мнению исследователей, в пожилом возрасте люди сталкиваются с совершенно иными рисками и преимуществами наличия избыточных жировых запасов в собственном организме, чем молодые граждане, что обязательно должно найти отражение в правилах расчета ИМТ.

Источник: Journal of the American Geriatrics Society

Начало на стр. 1 ↗

бальной, основную роль играет мимика врача, выражения заинтересованности, короткие реплики, подчеркивающие его интерес. Чрезмерная вербализация реакций нарушает спонтанность хода мысли у пациента и может привести к перескакиванию с темы на тему. Подбадривание, как своеобразное эмоциональное вознаграждение пациента, должно быть избирательным: вознаграждаются ответы, релевантные целям интервью, и не поддерживаются направления беседы, нерелевантные целям опроса.

Постановка вопросов часто не может объяснить пациенту, какую именно информацию хочет получить от него врач: респондент в ходе беседы нуждается в дополнительных сигналах и указаниях. Врач проводит своеобразное обучение пациента пониманию того, что он хочет услышать. Так, врач поощряет полные и релевантные ответы; если же ответ неполон или не релевантен, он тактично дает понять пациенту, что тот не раскрыл тему. Основным средством дать понять пациенту, что его ответ неадекватен, является прямое вмешательство врача: «То, что Вы говорите, очень интересно, но мне хотелось бы побольше узнать о другом...». Поощрения релевантных ответов должно быть, по возможности, менее явным, выражающимся в одобрительных кивках головой и в легких поддакиваниях. По мере проведения опроса поощряющие и непоощряющие реакции врача становятся понятными пациенту. В ответ он сознательно или бессознательно стремится помочь врачу. Обучение респондента при некавалифицированном использовании поощрительных стигматов быть также источником существенных искажений. Умение врача правильно направлять беседу зависит от его квалификации, т. е. степени владения методикой интервьюирования, и от того, насколько ясно он представляет себе цели интервью. Понимание целей означает, что врач непосредственно в ходе беседы может оперативно принимать решения, какая информация является релевантной, а какая — нерелевантной. В основе усилий по фокусировке должны лежать ясные критерии, позволяющие контролировать релевантность получаемой информации.

Контроль релевантности — оценка степени соответствия получаемой информации возможностям решения врачом диагностической или лечебной задачи. Уже с первых секунд общения с врачом формируется первичная диагностическая гипотеза, следовательно, релевантность в данном случае будет определяться как информация, имеющая отношение к подтверждению или исключению имеющейся диагностической гипотезы. Если в сознании врача нет первичной диагностической гипотезы или плана ведения больного, слово «релевантный» утрачивает смысл. Врач, не имеющий диагностической концепции, либо становится пассивным слушателем, либо задает хаотичные, не имеющие общей концептуальной основы вопросы, разрушая этим логический строй интервью, сбивая с толку пациента и ослабляя его мотивацию к сотрудничеству.

Очевидно, что диагностическая концепция, с позиций которой и ведется опрос больного, не может быть полностью отработанной и завершенной: завершенная концепция не нуждается ни в дополнительных доказательствах, ни в материале для ее дальнейшего формирования. Фактически врач проводит полевые исследования с незавершенными и зачастую слабо разработанными концептуальными представлениями, для развития которых ему нужен информационный материал: факты, типологические представления, основанные на научных данных, нарабатанные на основе собственного практического опыта.

Врач, занятый поиском релевантной информации, должен в ходе беседы быть постоянно настороже, чтобы вовремя сделать замечание, задать дополнительный вопрос или иным образом указать пациенту, какую тему следует развить подробнее. Неспособность выделить важные утверждения, направлять беседу в сторону развития релевантных тем — один из основных факторов, делающих интервью неэффективным.

Контроль полноты. Стремлением к полноте является желание врача получить всю релевантную информацию, которой располагает респондент. Признаками завершения темы, свидетельствующими об исчерпанности релевантной информации в сознании пациента, являются повторы в его высказываниях, снижение мотивации. Вся получаемая врачом информация может быть разделена на запланированную и незапланированную. Врач в ходе интервью постоянно оценивает полноту информации, сверяя ответы пациента с виртуальным вопросником, проверяя степень охвата рассмотренных тем. По мере развертывания беседы врач обнаруживает, что некоторые пункты матрицы виртуального вопросника не освещены, и информация, касающаяся соответствующих тем, не получена.

Виртуальный вопросник формируется врачом исходя из первичной диагностической гипотезы. Для многих жалоб существуют обязательные дополнительные, уточняющие вопросы, без раскрытия которых тема остается не полностью раскрытой. Так, например, для темы боли обязательными уточняющими вопросами являются характеристика ощущений, точная локализация, продолжительность, связь с теми или иными провоцирующими факторами, эффективность тех или иных методов купирования боли, симптомы, сопровождающие боль, возникающие функциональные ограничения и т. д.

Сложнее обстоит дело с той информацией, которая является релевантной, но заранее непредвиденной. С одной стороны, врач должен стремиться максимизировать число незапланированных релевантных ответов, так как это превратит интервью в плодотворный источник для новых гипотез. С другой стороны, врач может оказаться в море нерелевантной информации, особенно при беседе с говорливым пациентом.

Конечно, невозможно сказать заранее, какое число непредвиденных ответов можно получить в ходе интервью, общее правило таково: чем больше информации, тем лучше. Это правило представляет нечто большее, чем просто благое пожелание. Если интервьюер заранее осознает важность получения такой информации, то он с большей вероятностью сфокусирует свои усилия на развитии намеков в ответах пациента, которые указывают на ее существование. Соблюдение этого принципа особенно важно для начинающих врачей, которые имеют склонность обрывать речь пациентов, если они не точно соответствуют запланированным вопросам. Акцент на поиск непредвиденной информации помогает врачу достичь необходимой гибкости в интервью, которая обеспечивает свободный поток высказываний пациентом.

Неполнота раскрытия темы может возникнуть не только из-за незаданного вопроса или строгого следования врача составленному заранее плану. Это может быть следствием умолчания пациентом, например, вследствие приближения беседы к **эмоционально закрытым зонам**. Врачу требуется особая чувствительность для того, чтобы определить значимое умолчание, например, высказывание, которое не было сделано, хотя логично было бы его ожидать. Конечно, врач не может заставить пациента говорить о том, о чем последний не хочет говорить, но он вправе проявить гибкую настойчивость в своих вопросах. Тем более, что пациент пришел к врачу с просьбой о помощи, он мотивирован к беседе фактом своего обращения к врачу. Настойчивость врача, сопровождаемая значимой для пациента мотивировкой, как правило, приводит к раскрытию эмоционально закрытых зон. Самое трудное для специалиста заключается не в том, чтобы убедить пациента сообщить закрытую информацию, а в том, чтобы зафиксировать умолчание и направить усилия по фокусировке именно в этом направлении.

Конкретизация тем — это постановка врачом дополнительных вопросов, направленных на развитие или разъяснение высказываний респондента. Хороший вопрос не только не сбивает пациента с мысли, но помогает ему оформить и развить свои высказывания. Однако существует критический порог: слишком большое число дополнительных вопросов нарушает спонтанность речи и может привести к остановке интервью. Недопустим чрезмерный контроль над темой: чрезмерная конкретизация противоречит принципу поддержания спонтанности речи. Поэтому, если усиление конкретизации темы является необходимым, следует подождать с ее введением до тех пор, когда речь пациента снова станет спонтанной.

Конкретизация становится необходимой в следующих случаях:

1. Часть пациентов, несмотря на наличие мотивации к сотрудничеству, плохо понимают, какая информация является релевантной. Они искренне пытаются помочь врачу, но их попытки не всегда адекватны целям опроса, вследствие чего от врача требуются большие направляющие усилия для получения релевантной информации.

2. Чем дальше продвинулся врач в опросе, тем более специфичными становятся вопросы, которые его интересуют. Если использовать слабый контроль, пациент может спонтанно сообщить много релевантной информации, которая, либо уже известна врачу, либо банальна для него, не изменяя формируемой диагностической гипотезы. В этом случае врач вынужден фокусировать беседу на том, что ему неизвестно, на важных для него специфичных деталях. Это может потребовать усиления конкретизации, особенно в тех случаях, когда врач имеет дело с пациентом, плохо понимающим цели интервью.

3. Темы результатов инструментальных исследований или анализов, формулировки диагнозов для больных неред-

Продолжение на стр. 3 ↘

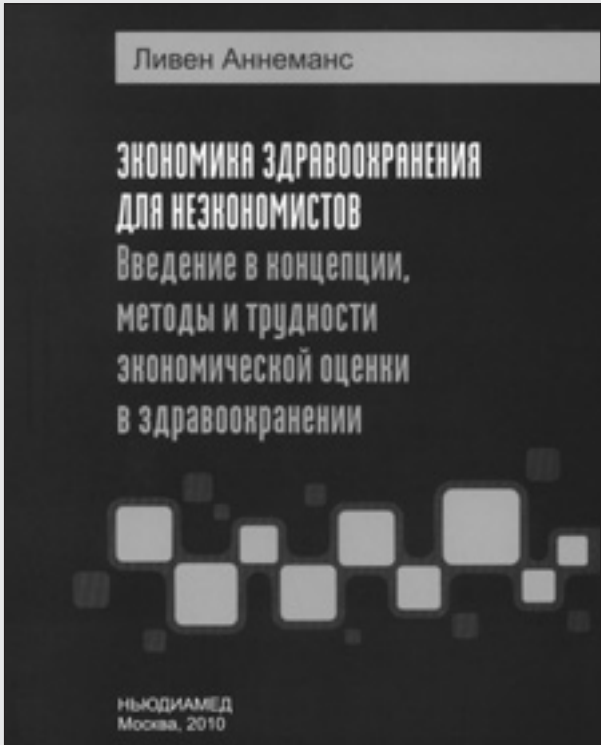
Внимание!

**В издательстве НЬЮДИАМЕД
вышла новая книга!**

Ливен Аннеманс

**ЭКОНОМИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДЛЯ НЕЭКОНОМИСТОВ**

Введение в концепции,
методы и трудности
экономической оценки
в здравоохранении



НЬЮДИАМЕД
Москва, 2010

Начало на стр. 1, 2 ↗

ко слабо вербализованы или слабо отрефлексированы в сознании пациента. Но настойчивость врача приводит к тому, что такие критерии раскрываются путем сравнений, аналогий и т. п. Таким образом, работа со слабо отрефлексированными темами либо со слабо рефлексированными пациентами требует усиления работы по конкретизации.

4. Эмоционально закрытые зоны обнаруживаются часто вследствие замеченного интервьюером умолчания. Это еще один случай, когда необходимо усиление конкретизации.

Логический контроль. В высказываниях пациентов часто встречаются логические противоречия и ошибки. Долг врача — выяснить причину противоречия и установить, какой же из вариантов представления информации соответствует подлинному мнению пациента. Оговорки, противоречия и ошибки детерминированы бессознательными комплексами, следовательно, случайных ошибок не бывает. Вместе с тем, психоаналитические интервью концентрируются на эмоционально закрытых зонах, что может играть существенную роль и в опросе пациента. Чаще противоречия и ошибки возникают из-за неумения пациента ясно сформулировать свою мысль, нередко ошибки бывают мнимыми: на просьбу врача разъяснить ситуацию пациент дает вполне удовлетворительные объяснения.

Могут встречаться случаи лжи и сознательного искажения информации. Это связано с разными причинами и может быть осознанным или неосознанным введением врача в заблуждение. Нередко ложные ответы даются пациентом в силу необходимости получить допуск к работе в определенных вредных условиях, больничный лист, отвод от службы в армии и т. д. Логический контроль может являться средством оценки правдивости рассказа пациента.

Одной из частых логических ошибок являются противоречия или нарушения тождественности. Психологические неосознанные противоречия возникают в результате объективной сложности сообщаемой пациентом информации. Во время опроса врач сталкивается с проблемой логической организации информации, однако его возможности ограничены, как правило, временем. Пациент излагает свои мысли устно, не в виде заготовленного текста, а импровизируя, что затрудняет для пациента возможность мысленного редактирования и логического изложения своих высказываний. Устная речь создает предпосылки для возникновения в ней неосознанных противоречий и иных логических ошибок.

Другой механизм возникновения противоречий — субъективный: ограниченность операциональных способностей человеческого интеллекта. Пациент не соотносит свои высказывания друг с другом, и заключенные в них несовместимые утверждения не попадают в фокус его логического внимания. Подобная ограниченность в той или иной мере присуща каждому человеку, хотя степень развитости этих способностей сильно отличаются от человека к человеку. Операциональные способности сильно нарушаются в пожилом возрасте, при развитии болезни. Всегда чем сложнее информация, тем труднее пациенту поддерживать контроль над совместимостью своих высказываний, и тем более велика вероятность возникновения противоречий.

Противоречия делятся на контактные (первая часть информации, высказанная последовательно, противоречит другой) и дистантные (противоречия не контактируют в процессе повествования). Противоречия могут быть явными, когда две части информации прямо соотносятся между собой как некоторое высказывание и его отрицание, и неявными (имплицитными), когда противоречивые части информации непосредственно не сопрягаются в процессе изложения, но они могут быть логически выведены из других высказываний. Дистантные и имплицитные противоречия встречаются чаще, чем контактные и явные.

Фиксация противоречий требует от врача большой концентрации внимания. Возникновение противоречий в высказываниях пациента требует постановки дополнительных вопросов, направленных на их устранение.

Ошибки в повествованиях — это пропуски в хронологии и хронологическая путаница. Пропуски в хронологии возникают из-за давности событий, либо произошедшие события кажутся неважными пациенту, либо, наоборот, они сильно затрагивают его «я» и поэтому сознательно или бессознательно пропускаются. Еще одна причина хронологических пропусков — это эффект конкурирования разных тем, о каждой из которых пациент хочет сообщить врачу. В этом случае респондент начинает хаотично перескакивать от темы к теме, нарушая тем самым хронологическую последовательность. Врач должен заметить пропуск в хронологии и попросить пациента его восполнить. Пропуски в хронологии бывают неявными, пациент как бы подразумевает, что в определенный период времени не произошло никаких существенных событий.

Хронологическая путаница может проявляться в двух видах: пациент описывает события, но не уверен, что правильно воспроизводит их последовательность; и пациент искажает реальную последовательность событий, неправильно предполагая, что одно из них произошло раньше другого. Первый тип хронологической

путаницы связан с ограничениями памяти. Если пациент проявляет неуверенность, ему надо дать время подумать и вспомнить — иногда это приводит к прояснению памяти.

Второй тип хронологической путаницы возникает, когда врач выясняет развитие отношений между людьми, изменения в установках, интерпретации прошлых событий и т. д. В указанных случаях существует тенденция, часто бессознательная, использовать ретроспективный взгляд в трактовке событий прошлого. К примеру, люди часто объясняют свое поведение, основываясь на информации, полученной позже, которой они в момент рассматриваемого события еще не располагали. Особенно часто так трактуются причинно-следственные связи: «Я заболел тогда-то, потому что накануне сделал то-то». При этом очевидно, что связи между этими явлениями нет, но она запечатлелась у пациента в мозгу в виде доминанты, и это может откладывать отпечаток на все последующее поведение.

Общих рекомендаций для устранения искажений такого рода не существует. Врач просто должен иметь в виду, что такие эффекты могут иметь место. Правильная последовательность событий может быть восстановлена на основе сообщений других респондентов, в частности родственников, соседей, или по иным источникам — выпискам, рецептам, рентгеновским снимкам, амбулаторной карте. Иногда следует прибегать к графическому отображению информации, рисуя, например, последовательность событий. В этом случае, устранение хронологических противоречий может помочь в устранении противоречий в причинно-следственных связях.

Ошибки описания. Описание обычно представляет собой перечисление признаков сложного объекта. Нередко описание многоступенчато, так как каждый признак может рассматриваться как сложный объект, требующий отдельного описания. Например, боли в грудной клетке требуют уточнения связи с триггерными механизмами — физической нагрузкой, едой, позой, выходом на холод. Одновременно триггерный механизм «физическая нагрузка» может быть описан как «рванулся к отходящему автобусу, и сердце прямо готово было выпрыгнуть из груди», или «пошел чуть быстрее, и стиснуло за грудиной», или «поднялся на пятый этаж пешком и задохнулся, сердце жмет, остановился».

Наиболее частая ошибка при описаниях — это их неполнота (пациент называет не все составные части или признаки сложного объекта). Основной задачей врача является контроль полноты. Здесь необходимо использовать весь арсенал знаний врача о предмете. Вместе с тем полезно, прежде чем перейти от описания обсуждаемого симптома к новой теме, обязательно спросить: «Все ли признаки Вы перечислили?». Если вопросы задавались в открытой форме, то следует повторять эту фразу до тех пор, пока респондент твердо не скажет, что он перечислил все.

Вторая ошибка при описаниях — это нарушение их последовательности. Для врача важно, чтобы описание было последовательным, и в его основе лежала какая-то определенная закономерность. Описания могут строиться по принципу сверху вниз, справа налево, по рангу значимости и т. д. Сохранение последовательности описания часто бывает важно само по себе. Поскольку большинство симптомов и синдромов имеет известную временную характеристику, характеризуется определенной последовательностью развития событий, то обычно врачу не составляет большого труда воссоздать временную модель развития заболевания. Сложнее это сделать в том случае, когда перечисляются ранги или факторы значимости, существующие только в сознании пациента, не допускающие возможности объективной проверки, не укладывающиеся в знакомые врачу модели. В таких случаях соблюдение в описании последовательности событий очень важно для контроля полноты описания: хаотичное перечисление делает невозможным контроль полноты как для врача, так и для самого пациента.

Обычно, если пациенту задан вопрос, то он стремится в ответе соблюдать какую-то последовательность. Следует иметь в виду, что эта задача далеко не всегда проста для пациента. Во-первых, в его представлении могут конкурировать различные компоненты описания, вследствие чего он может неосознанно перескакивать с одного признака на другой. Во-вторых, ответы представляют собой не заранее продуманные выступления, а импровизацию, при которой усиливается роль таких факторов, как провалы в памяти, следование случайным ассоциациям и т. д. Загруженность больного, психические отклонения могут мешать выстраивать композицию ответа так, как это представляется врачу. Задача правильного построения описания в ходе импровизации бывает трудной даже для хорошо подготовленного человека. Правильным для врача будет сначала дать возможность пациенту сделать перечисление, следуя естественным ассоциативным связям, а затем попросить его установить ранги или иную подходящую к данному случаю систематическую последовательность.

Если больной строит свой ответ как описание, врач должен постараться понять, какой принцип, каскад кладется в его основу и проследить за тем, чтобы этот принцип был реализован последовательно. Если в последовательности возникает сбой, следует понять, связан ли он с провалом в памяти, ограниченностью способностей пациента, либо с вторжением конкури-

рующего признака. Этот конкурирующий признак должен быть понятен врачу, после чего он сможет помочь больному отрефлексировать эту ситуацию с целью выяснения вопроса о том, какие вообще связи возможны в данном случае, какие из них наиболее правильны и т. д.

Ошибки в рассуждениях. Если ответ больного имеет форму рассуждения, врач должен мысленно придать ему форму силлогизма и проверить, правильно ли он построен. Это нелегкая задача, которая требует от врача хорошего владения логикой. Если силлогизм построен неправильно, пациента можно попросить вновь вернуться к данному рассуждению, указав, в чем заключается логическая ошибка, и попросить построить силлогизм правильно. Силлогизмом является дедуктивное заключение, в котором на основании нескольких суждений выводится новое суждение.

На первый взгляд кажется невозможным, что врач может проделать в уме сложные рассуждения для обнаружения логической ошибки. Однако хорошее владение логикой может перерасти в своего рода логическую интуицию, позволяющую врачу либо распознать и диагностировать логическую ошибку, либо, по крайней мере, интуитивно почувствовать, что в высказывании пациента что-то не так, и попросить уточнений. Этому помогает повторяемость и стереотипность моделей синдромов и симптомов. Одновременно стоит не забывать, что стереотипные модели годятся для наиболее частых состояний, тогда как редко встречающиеся симптомокомплексы могут существенно отличаться от стереотипных.

Ошибки индукции и дедукции. В ходе интервью некоторые пациенты предпочитают сначала высказать основную идею, главную жалобу, а затем подкрепить ее примерами, подобно дедуктивному подходу. Другие, наоборот, предпочитают привести примеры, а затем сделать основной вывод, заключение, что имитирует индуктивный подход. На практике врач довольно часто сталкивается с тем, что пациенты делают неправильные шаги при интерпретации тех или иных событий и фактов. В значительной мере это связано с примитивизмом восприятия медицинских закономерностей пациентами.

В индуктивных рассуждениях можно сделать три вида ошибок. Во-первых, перечислив ряд конкретных примеров, можно не сделать из них никакого вывода. Точнее, вывод может подразумеваться, но не быть высказанным явно. Пациент может испытывать затруднения при формулировании вывода из-за недостатка знаний, в том числе терминов, неумения логически мыслить либо вследствие ограниченности своего словарного запаса. Врачу в такой ситуации следует попросить пациента все же попытаться сделать необходимый вывод или самому, без помощи пациента, постараться понять связь между приведенными фактами. Если пациент испытывает сильные затруднения в формулировке вывода, врач может предпринять усилия к тому, чтобы сделать правильный вывод вместе с ним. В любом случае надо добиться того, чтобы индуктивное рассуждение было полным, т. е. содержало как конкретные факты, так и обобщающее суждение. Это особенно важно для ситуаций, когда развитие симптомов болезни закономерно связано с устраняемыми (модифицируемыми) факторами риска. Эти знания необходимы и врачу, и самому пациенту, чье поведение может в дальнейшем корректироваться этими знаниями.

Вторая возможная ошибка индукции заключается в том, что не все факты соответствуют сделанному выводу. Здесь возможны два варианта: либо пациент сделал правильный с его точки зрения вывод, но при этом привел неудачный пример, либо вывод должен быть переформулирован таким образом, чтобы ему соответствовали все приведенные факты. Иногда несовпадение посылок и вывода происходит из-за того, что в сознании пациента конкурируют разные стереотипы, наборы примеров, причинно-следственных связей и, соответственно, разные выводы.

Третья ошибка индукции заключается в том, что из приведенных пациентом фактов вытекает не тот вывод, который он сделал. Возможно, пациент при формулировании вывода неточно сформулировал свою мысль, либо сделанный им вывод отражает его подлинное мнение, но оно ошибочно.

Ошибки дедукции сродни ошибкам индукции и представляют собой зеркальное их отражение. Главной проблемой является контроль полноты описания. Если пациент высказывает какое-то обобщающее суждение, следует обязательно попросить его подкрепить это суждение конкретными фактами. Так, нередко пациент говорит врачу: «У меня стенокардия», а при выяснении симптомов сердечных болей вырисовывается совершенно иная картина, например, заболевания желчного пузыря.

Вторая проблема — это контроль соответствия. Признаки должны подкреплять именно данный вывод, а не какой-либо иной. Как и в случае с индукцией, дедуктивные рассуждения порой распадаются на два, если обобщающее суждение и признаки не соответствуют друг другу.

Таким образом, контролируя высказывания пациента и мягко направляя его речь в нужное русло, опытный врач получит в свое распоряжение такой объем информации, который сделает его работу продуктивной и позволит поставить диагноз даже там, где сделать это порой непросто.

ИнтерНьюс

Мексиканский магнат выделил \$65 млн на генетическое исследование рака и диабета

Мексиканский телекоммуникационный магнат Карлос Слим выделил \$65 млн на генетические исследования рака, диабета второго типа и заболеваний почек. Ученые Гарвардского университета, Массачусетского технологического института (оба — США) и Национального института геномной медицины (Мексика) будут осваивать эти средства в течение трех лет в рамках проекта Slim Genomic Medicine Initiative. Карлос Слим, возглавляющий конгломерат Grupo Carso и являющийся одним из богатейших людей в мире (его состояние оценивается в 8% ВВП Мексики), заявил, что проект обязательно поможет врачам диагностировать заболевания и лечить людей. «Только развитие геномных технологий и сопутствующих областей знания, как это было раньше с вакцинами, может справиться с этими недугами», — заявил магнат. Эрик Лэндер, президент и директор Broad Institute, совместного проекта Гарвардского университета и МТИ, отметил, что исследователи проанализируют за отпущенное им время около 10 тыс. образцов. Будет изучено семь видов рака, а в том, что касается диабета, особое внимание будет уделено ДНК жителей Латинской Америки, где диабет — одно из самых распространенных наследственных заболеваний. Разработка лекарств в планы ученых не входит. Даже за три года невозможно убить одним выстрелом двух зайцев. Финансированием проекта займется Институт здоровья им. Карлоса Слима, основанный олигархом три года назад. Г-н Слим, кстати, подчеркнул, что не собирается извлекать коммерческую выгоду из результатов исследования.

Источник: Ассошиэтед Пресс

Казенный или автономный?

При изменении статуса бюджетных учреждений необходимо сохранить гарантии оказания бесплатной медпомощи, а также защитить сельские и профильные больницы от недофинансирования. Об этом говорится в заключении Комитета Госдумы по охране здоровья на законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Законопроект, внесенный в Госдуму правительством РФ, предусматривает изменения в Гражданском, Налоговом и Бюджетном кодексах, в законах о госзакупках и об автономных учреждениях, а также в ряде отраслевых законов, пояснили в пресс-службе нижней палаты парламента. Комитет по охране здоровья является соисполнителем законопроекта. В частности, законопроектом предлагается изменить правовой статус, условия создания и функционирования действующих государственных и муниципальных учреждений. Большая часть бюджетных учреждений по статусу будет приравнена к автономным, меньшая часть обретет статус казенных. В сфере здравоохранения казенными будут психиатрические стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением, лепрозории и противочумные учреждения. Остальные учреждения, сохранив наименование бюджетных, по статусу будут приравнены к автономным. Они будут финансироваться не по смете, а за счет бюджетных субсидий, выделяемых на выполнение государственного задания с учетом расходов на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества. Отменяется субсидиарная ответственность собственника по обязательствам бюджетных учреждений с расширенным объемом прав. Учреждения, за исключением казенных, будут отвечать по своим обязательствам всем имуществом, кроме недвижимого и особо ценного движимого имущества. В своем заключении Комитет Госдумы по охране здоровья обращает внимание на отсутствие практического опыта функционирования автономных учреждений в здравоохранении и указывает на возможность возникновения рисков недофинансирования муниципальных учреждений здравоохранения в сельской местности, малых и средних городах, а также специализированных медицинских учреждений: кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансеров, инфекционных больниц, психоневрологических диспансеров и др. По мнению депутатов, в законопроекте необходимо предусмотреть защитные механизмы по сохранению действующего уровня расходов для учреждений субъектов РФ и муниципальных учреждений в нормативных правовых актах региональных органов государственной власти и местного самоуправления. Кроме того, в заключении Комитета Госдумы по охране здоровья говорится о необходимости сохранения в полном объеме государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ. Особого внимания, считают депутаты, требует вопрос организации действенного контроля за объемом и качеством предоставляемых медицинских услуг при реализации бюджетными и автономными учреждениями государственных (муниципальных) заданий.

Источник: Ами-тасс

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ от 23 апреля 2009 года

Сопредседатели секций:

член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков, акад. РАМН, проф. В.А. Сандриков, проф. М.П. Савенков, проф. М.Г. Глезер, проф. В.А. Парфенов, проф. А.В. Чупин.

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Медикаментозное и немедикаментозное лечение артериальной гипертензии. Каков баланс?».

Заседание открыла М.Г. Глезер. Ведущее место среди ССЗ занимает артериальная гипертензия, сказала она. В последние годы для лечения артериальной гипертензии используется все больше антигипертензивных препаратов с разным механизмом их действия. Подчеркнула эффективность комбинированной терапии, а также то, что значимость немедикаментозного лечения в комплексе лечебных мероприятий освещается недостаточно. В этой связи сегодня на заседании будут представлены доклады, касающиеся значения медикаментозного и немедикаментозного лечения артериальной гипертензии, слово предоставлено докладчикам.

1. К.М.н. Д.А. Напалков (ММА им. И.М. Сеченова).

«Сердечно-сосудистый риск у больных артериальной гипертензией:

возможности современных антагонистов кальция».

Изложены факторы риска (уровень систолического, диастолического и пульсового давления; курение; возраст; алкоголь; дислипидемия; абдоминальное ожирение; наследственность; уровень глюкозы) и показана их значимость в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. На примере артериальной гипертензии представлено современное лечение, которое складывается из немедикаментозных и медикаментозных методов. Дано научное обоснование необходимости проведения немедикаментозного лечения у таких больных. Установлена прямая связь никотина с развитием инфаркта миокарда, доказано, что курение снижает действие статинов. Снижение массы тела на 10 кг и АД на 12–13 мм рт. ст. уменьшает риск развития ИБС на 21%, а инфаркта миокарда на 37% и т. д. Принцип немедикаментозного лечения у таких больных основывается на следующих рекомендациях: отказ от курения, уменьшение количества потребления алкоголя, увеличение физической активности и снижение массы тела; ограничения употребления соли и соблюдение диеты. Показано, что риск развития сердечно-сосудистых осложнений после инфаркта миокарда на фоне соблюдения средиземноморской диеты (отказ от мяса и включение морской рыбы) в комбинации с адекватной терапией снижает их риск развития на 47%. Немедикаментозное лечение должно сочетаться с медикаментозным и оно должно быть комплексным. Даны рекомендации различных комбинаций АГП: тиазидный диуретик + АПФ; тиазидный диуретик + БРА; АК + иАПФ; АК + БРА; АК + ТД; АК (дигидропиридин) + БАБ. Обращено внимание на особенности рефрактерной АГ (в России составляет 5–30% случаев среди больных, обращающихся в поликлинику или госпитализированных для лечения). Основные признаки рефрактерной АГ: невозможность достичь целевого АД < 140/90 мм рт. ст. и < 130/80 мм рт. ст. при СД и ХПН; отсутствие эффекта при использовании как минимум 3-компонентной системы терапии; убеждение, что пациент точно принимает лекарство. Перечислены причины рефрактерной АГ: несоблюдение рекомендаций по лечению; неспособность снизить вес, отказаться от злоупотребления алкоголем и приема препаратов, повышающих АД; реноваскулярная гипертензия; гипертиреоз; феохромоцитомы; коарктация аорты; опухоли ЦНС и др. Обращено внимание на то, что бывает псевдорезистентная АГ: гипертензия белого халата (20%); псевдогипертензия «пожилых» пациентов, обусловленная атеросклеротическим поражением сосудов; использование манжеты неадекватного размера. Для псевдорезистентной АГ характерно поражение органов-мишеней; тяжелая систолическая АГ; кальцификация крупных артерий по данным УЗИ и др. Дан алгоритм лечения рефрактерной АГ: 1-й препарат диуретик; 2-й — пролонгированный АК; 3-й — БАБ/иАПФ/Сартан и приведены варианты терапии. Из комплекса современных антигипертензивных препаратов предпочтение следует отдавать АК, в основном рекомендуется НИФЕКАРД ХЛ. Его высокая эффективность подтверждена не только многочисленными зарубежными исследованиями, но и результатами собственных наблюдений автора (200 больных, длительность АГ составляла 10–11 лет.)

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Нифекард ХЛ назначить нужно всем больным АГ? Если у больного тахикардия, диспепсия или задержка жидкости, мы можем использовать этот препарат?»

Ответ: «Нет, конечно. Если у больного заболевание сердца с декомпенсацией, то АК можно комбинировать с иАПФ, или может быть целесообразно подобрать другой препарат. Ведь существует 5 классов АГП, об этом надо помнить, и возможность подобрать другое средство всегда есть».

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

2. Проф. М.Г. Глезер (ММА им. И.М. Сеченова).

«Соотношение между немедикаментозными и медикаментозными подходами в лечении артериальной гипертензии»

Изложены немедикаментозные мероприятия для профилактики повышения АД: питание (диета типа DASH снижает риск развития инсульта); ограничение соли (снижение употребления соли на 3–5 г в сутки уменьшает АД на 5–14 мм рт. ст.); достаточная физическая нагрузка (аэробные нагрузки 30 мин. ежедневно снижает АД на 4–9 мм рт. ст.); поддержание нормальной массы тела; отказ от курения и алкоголя. Перечислены факторы риска развития ССЗ и показана их значимость в зависимости от их количества. Приведены результаты зарубежных исследователей (исследование TROPHY) свидетельствующие о предупреждении развития АГ с помощью превентивной терапии АГП. Для этой цели рекомендуется препарат «Кандесартан» (безопасен, задерживает развитие АГ на 2 года). Медикаментозную терапию рекомендуется начинать при значении АД > 140/90 мм рт. ст. и обязательно сочетать с немедикаментозными мероприятиями. Даны рекомендации по лечению АГ особых групп пациентов (метаболический синдром, ИСАГ, наличие микроальбуминурии и протеинурии, ХПН, беременность). Подчеркнуто, что антигипертензивная терапия должна быть комбинированной (комбинация иАПФ/Сартанов с АК и диуретиками, при необходимости добавлять БАБ). Для повышения приверженности и улучшения результатов лечения целесообразно применять готовые лекарственные формы антигипертензивных препаратов. Кроме антигипертензивных препаратов, назначаются и другие средства (статины — снижают риск развития ССО при АГ на 27%, аспирин — снижает риск развития инсультов и т. д.) Из диуретиков, при необходимости их назначения, предпочтение следует отдавать Арифон-ретарду. Кроме того, из группы антигипертензивных препаратов выделен препарат Фелодипин (фелодипин) как наиболее эффективный, плавно снижающий АД, однако его также целесообразно комбинировать с другими антигипертензивными препаратами. Эффект снижения АД обеспечивается только при соблюдении баланса между немедикаментозными и медикаментозными методами лечения.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Почему препаратом выбора для лечения АГ у беременных является Допегит?»

Ответ: «В связи с большим опытом его применения и отсутствием данных об опасности вредного влияния для матери и плода».

Вопрос: «БАБ могут использоваться для лечения АГ у беременных?»

Ответ: «Да, могут быть использованы высокоселективные БАБ».

3. Проф. В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова)

«Неврологические аспекты артериальной гипертензии и антигипертензивной терапии»

Перечислены осложнения АГ и показаны особенности ее клинического течения и лечения с позиции невролога. Наиболее частые осложнения АГ: ИБС, инфаркт миокарда, гипертрофия сердца, ТИА, инсульт, когнитивные расстройства и сосудистая деменция, нефросклероз, ХПН, ретинопатия, слепота. Когнитивные расстройства являются первыми проявлениями поражения головного мозга при АГ, что затрудняет реабилитацию пациента, повышая риск развития инсульта и смерти больного. Изложен алгоритм лечения АГ. Немедикаментозные методы лечения (отказ от злоупотребления алкоголем, снижение избыточного веса, диета, регулярные физические нагрузки и контроль АД) снижают риск развития инсульта на 40%. Лекарственные средства антигипертензивной терапии также снижают риск развития инсульта и когнитивных расстройств на 35–40%. Даны схемы лечения больных с АГ и когнитивными расстройствами. Подчеркнуто, что первыми проявлениями поражения головного мозга при АГ являются когнитивные расстройства, а не головные боли и головокружения. При легких и умеренных когнитивных расстройствах показаны ингибиторы АХЭ, Мемантин, EG6-761 и другие ноотропные средства; при деменции — ингибиторы АХЭ и Мемантин. Приведены клинические примеры лечения АГ с неврологической патологией.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Как избежать слабоумия?»

Ответ: «Активная умственная деятельность, проведение своевременного и правильного лечения ССЗ и АГ являются профилактикой в таких случаях».

Вопрос: «Много больных поступают с церебральным кризом в реанимацию кардиологического отделения, им сразу же назначаются церебролизин и актовегин, это правильно?»

Ответ: «Гипертонический криз — это не сосудистый криз, следует разобраться, что стоит за этим, иногда, возможно, начинается инсульт, а значит, уже задет головной мозг и тактика должна быть другая».

Заключение.

В заключение М.Г. Глезер поблагодарила докладчиков за информативные сообщения, напомнив присутствующим на заседании о том, что своевременное и эффективное лечение АГ улучшает прогноз и способствует приостановлению дальнейшего прогрессирования болезни и развития угрожающих жизни осложнений. АГП эффективны, если они пролонгированного действия и назначаются в комбинации. Медикаментозная терапия обязательно должна сочетаться с немедикаментозной. Поблагодарила за внимание.

Фармакогенетика — персонафицированная медицина

В.Г. Кукес,
Д.А. Сычев,
И.В. Игнатъев

Фармакогенетика — это наука, изучающая роль генетических факторов в виде «изменений» в отдельных генах в формировании фармакологического ответа организма человека на лекарственные средства. Генетические факторы или генетические особенности пациента, как правило, представляют собой полиморфные участки белков, участвующих в фармакокинетике или фармакодинамике ЛС. Изменения в участках гена может приводить к отсутствию синтеза белка, синтеза белка со сниженной или повышенной активностью, снижению или повышению синтеза не измененного белка. Подобные изменения в участках генов принято называть «полиморфизмами» или «аллельными вариантами». К первой группе относятся гены, кодирующие ферменты биотрансформации и гены транспортеров, участвующих во всасывании, распределении и выведении лекарственных средств из организма (т. н. «фармакокинетические полиморфизмы»). В настоящее время активно изучается роль генов, контролирующих синтез и работу ферментов биотрансформации лекарственных средств, в частности изоферментов цитохрома P-450 (CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19) и ферментов II фазы биотрансформации (N-ацетилтрансферазы). В последние годы начато изучение влияния на фармакокинетику ЛС полиморфизма генов т. н. транспортеров ЛС. Ко второй группе отнесены гены, кодирующие «молекулы-мишени» ЛС или белки, функционально связанные с «молекулами-мишенями» (рецепторы, ферменты, ионные каналы) и гены, продукты которых вовлечены в патогенетические процессы (факторы свертывания крови, апополипротеины и т. д.) (т. н. «фармакодинамические полиморфизмы»).

Сегодня врач, ознакомившись с инструкцией по медицинскому применению ЛС или его ТКФС, самостоятельно могут прогнозировать: полиморфизмы в каких генах может повлиять на фармакологический ответ, а следовательно на эффективность и безопасность ЛС. Для этого врачу нужно обратить внимание:

- на указанные в разделе «Фармакокинетика» ферменты, участвующие в биотрансформации (особенно если известно, что они генетически полиморфны: CYP2C9, CYP2D6, CYP2C19, N-ацетилтрансфераза) или транспортеры, участвующие во всасывании, распределении и выведении ЛС (особенно, если известно, что они генетически полиморфны: гликопротеин-P (P-gp), который кодируется геном MDR1);
- на указанные в разделе «Фармакологическое действие» «молекулы-мишени» ЛС, которые тоже могут быть генетически полиморфными.

Фармакогенетический тест — это процесс выявления конкретных полиморфизмов генов влияющих на фармакологический ответ. Фармакогенетический тест проводится с помощью полимеразной цепной реакции, после предварительного выделения ДНК пациента. При этом в качестве источника ДНК (т. е. генетическое материала) используется или кровь больного или соскоб буккального эпителия. Сбор этого биологического материала у больного не требует предварительной подготовки. Результаты фармакогенетического теста представляют собой полученные генотипы больного по тому или иному полиморфизму гена. Как правило врач-клинический фармаколог интерпретирует результаты фармакогенетического теста: формулирует рекомендации по выбору ЛС и его режима дозирования для конкретного пациента. Очевидно, что применение таких тестов позволяет заранее прогнозировать фармакологический ответ на ЛС, а следовательно, персонализировано подойти к выбору ЛС и его режима дозирования, а в некоторых случаях, и к тактике ведения пациентов. В будущем, когда будут внедрены чип-технологии, будет возможно определять не отдельные полиморфизмы определенных генов, сразу все (или почти все) изменения в геноме человека, которые могут влиять на фармакологический ответ, что является сутью фармакогеномики. Тогда будет возможно составление т. н. генетического паспорта пациента. Поэтому фармакогенетику, а в будущем и фармакогеномику, в литературе рассматривают одним из перспективных направлений персонализированной медицины.

В настоящее время фармакогенетика является активно развивающейся наукой: около 50% из всех применяемых в клинической практике ЛС уже «имеют» генетическую информацию, т. е. проведены исследования ассоциаций между полиморфизмами тех или иных генов и фармакологическим ответом на ЛС (развитие

Фармакогенетические тесты, рекомендуемые для использования в клинической практике

| Рекомендуемые фармакогенетические тесты | Показания к исследованиям | Клиническое значение |
|---|---|--|
| Определение полиморфизмов генов CYP2C9 (аллельные варианты CYP2C9*2 и CYP2C9*3) и VKORC1 (полиморфный маркер G3673A) | Больные, которым показан прием оральных антикоагулянтов (варфарина, аценокумарола) | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор начальной дозы варфарина или аценокумарола, что ускоряет подбор дозы для достижения целевых значений МНО, снижает риск кровотечений и чрезмерной гипокоагуляции. |
| Определение полиморфизмов гена CYP2D6 (аллельные варианты CYP2D6*4, CYP2D6*10, копии функциональных аллелей CYP2D6*1, CYP2D6*2) | Больные, которым показан длительный прием антидепрессантов или антипсихотических средств (нейролептиков) с высоким риском развития нежелательных реакций | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор антидепрессантов и антипсихотических средств (нейролептиков) и их доз, что снижает риск развития нежелательных реакций. |
| | Дети с синдромом дефицита концентрации внимания с гиперактивностью, которым планируется назначения атомoksetина | Результаты фармакогенетического тестирования позволяет прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии атомoksetином |
| Определение полиморфизма гена CYP2C19 (аллельный вариант CYP2C19*2) | Больные с грибковыми заболеваниями, которым показано применение вориконазола | Результаты фармакогенетического тестирования позволяет прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии вориконазолом |
| | Больные, которым планируется применение клопидогрела | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор нагрузочной и поддерживающей дозы клопидогрела, что позволяет повысить эффективность лечения |
| Определение полиморфизмов гена NAT2 («медленные» аллельные варианты NAT2) | Больные с туберкулезом с высоким риском развития нежелательных реакций (гепатотоксичности, нейротоксичности) при применении противотуберкулезных средств (изониазид, пиразинамид, рифампицин) | Результаты фармакогенетического тестирования позволяет прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии противотуберкулезными средствами (изониазид, пиразинамид, рифампицин) |
| Определение полиморфного маркера HLA-B*1502 | Больные, принадлежащие к монголоидной расе, которым планируется применение карбамазепина | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить больных с очень высоким риском развития синдрома Стивенса-Джонсона при применении карбамазепина, что является основание для отказа от применения данного лекарственного средства |
| Определение полиморфного маркера HLA-B*5701 | Больные с ВИЧ-инфекцией, которым планируется применение абакавира | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить больных с очень высоким риском развития гиперчувствительности замедленного типа при применении абакавира, что является основание для отказа от применения данного лекарственного средства |
| Определение полиморфизма G1691A гена фактора свертывания V (т. н. «мутация Лейдена») | Женщины с отягощенным семейным анамнезом по тромботическим осложнениям, которым планируется применение гормональных контрацептивов | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить женщин с очень высоким риском развития тромботических осложнений при применении гормональных контрацептивов, что является основанием для отказа от применения данной группы лекарственных средств |
| Определение полиморфизмов гена TPMT | Больные, которым планируется применение азатиоприна или 6-меркаптопурина | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор дозы азатиоприна или 6-меркаптопурина, что снижает риск нежелательных реакций |
| Определение полиморфизма гена UGT1A1 (аллельный вариант UGT1A*28) | Больные с колоректальным раком, которым планируется применение иринотекана | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор дозы иринотекана, что снижает риск нежелательных реакций |
| Выявление в клетках опухоли экспрессии c-Kit* | Больные с неоперабельными и/или метастатическими злокачественными стромальными опухолями ЖКТ у взрослых, которым планируется применение иматиниба | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать высокую эффективность иматиниба при наличии экспрессии c-Kit в клетках опухоли |
| Выявление в клетках опухоли экспрессии EGFR* | Больные с местно распространенным или метастатическим немелкоклеточным раком лёгкого, которым планируется применение эрлотиниба | Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать высокую эффективность эрлотиниба при наличии экспрессии EGFR в клетках опухоли |

* — в качестве биологического материала для фармакогенетического тестирования используются опухолевая ткань

ИнтерНьюс

Расшифрован геном самой агрессивной опухоли мозга

Сотрудники Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе впервые выполнили полное геномное исследование клеток злокачественной опухоли головного мозга — глиобластомы. Мультиформная глиобластома — наиболее частая и самая агрессивная опухоль мозга, вызванная злокачественным перерождением клеток глии. Этот вид злокачественных опухолей плохо поддается хирургической, лучевой и медикаментозной терапии. Применяемые сейчас методы лечения не способны существенно увеличить продолжительность жизни пациентов, большинство из которых умирают в течение менее чем полугода лет после выявления заболевания. В результате исследования ученым удалось создать полный перечень разнообразных мутаций, ведущих к развитию злокачественного новообразования и его распространению в тканях мозга. По словам координатора исследовательского проекта Стэна Нельсона, благодаря внедрению высокоточных и дешевых методов исследования, затраты на расшифровку генома злокачественной опухоли составили всего 35 тысяч долларов. Для сравнения, финансирование законченного несколько лет назад проекта по полной расшифровке генома человека превысило миллиард долларов. В исследовании использовалась линия клеток глиобластомы U87, образцы которой были многократно изучены в ведущих лабораториях мира. Авторам новой работы удалось составить полный перечень мутаций и хромосомных аномалий, отличающих клетки глиобластомы от здоровых клеток мозга. Расшифровка генома клеток глиобластомы позволит ученым уточнить причины этого заболевания и разработать новые методы лекарственного воздействия на опухоль. Кроме того, знание генетических особенностей опухолевых клеток открывает возможности для разработки высокочувствительных методов генетической диагностики, позволяющих определять наиболее эффективную схему лечения, оценивать его результативность, а также отслеживать возможные рецидивы заболевания.

Источник: PLoS Genetics

Самоубийство по наследству?

Суицидальное поведение обусловлено генетическими факторами — к такому выводу пришла группа исследователей под руководством Мартина Коли, который является сотрудником немецкого Института психиатрии имени Макса Планка в Мюнхене, а также Института геномики человека Джона Хассмана в Майями, США. Ученые попытались найти генетические факторы, обуславливающие развитие большого депрессивного расстройства и суицидального поведения. Для этого они изучали различные варианты гена NTRK2, кодирующего рецептор нейротрофического фактора мозга — белка, который отвечает за формирование и активность нервных клеток. Исследователи проанализировали геном 394 пациентов с депрессией, 113 из которых пытались совершить самоубийство. Полученные данные они сравнили с наследственной информацией 366 здоровых добровольцев. Кроме того, было проведено контрольное исследование с участием 744 немцев и 921 афро-американца, из которых соответственно 152 и 119 человек совершали попытки суицида. Ученые выяснили, что носители трех «опасных» мутаций гена NTRK2 пытались совершить самоубийство в среднем в 4,5 раза чаще, чем пациенты, в геноме которых содержались нормальные варианты этого гена. По словам авторов, результаты исследования подтверждают роль наследственных факторов в формировании суицидального поведения.

Источник: Archives of General Psychiatry

Каковы критерии «лучшего врача» по-путински?

Премьер-министр РФ Владимир Путин подписал постановление «О единовременном денежном поощрении лучших врачей», учреждающее правительственную премию «Лучший врач года». Согласно постановлению, с 2010 года победителям в различных номинациях ежегодного всероссийского конкурса на звание лучшего врача будет выплачиваться единовременное денежное поощрение. Как сообщал ранее вице-премьер РФ Александр Жуков, конкурс будет проводиться по 30 номинациям, а его итоги станут известны в конце февраля или начале марта. Премия за первое место в конкурсе составит 500 тысяч рублей, за второе — 300 тысяч рублей и за третье — 200 тысяч рублей. Постановление возлагает организацию и проведение конкурса на Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Оно же будет выплачивать денежные премии призерам. Кроме того, министерству поручено разработать и утвердить условия и порядок проведения конкурса, в частности, по каким критериям будут отбираться номинантов на участие и каким образом будут выплачиваться денежные поощрения.

Источник: РБК

Начало на стр. 5

непредвиденных реакций, или неэффективность, или, наоборот, высокая эффективность).

Однако не каждая «генетическая» информация о ЛС может стать фармакогенетическим тестом, который может применяться в клинической практике. Для того чтобы это произошло, фармакогенетический тест должен отвечать следующим требованиям:

- Наличие выраженной ассоциации между выявляемым полиморфизмом того или иного гена и фармакологическим ответом.
- Фармакогенетический тест должен с высокой чувствительностью и специфичностью прогнозировать фармакологический ответ.
- Должен быть хорошо разработан алгоритм применения ЛС в зависимости от результатов фармакогенетического теста: выбор ЛС, его режима дозирования.
- Выявляемый полиморфизм должен встречаться в популяции с частотой не менее 1%.
- Должны быть доказаны преимущества применения ЛС с использованием результатов фармакогенетического теста по сравнению с традиционным подходом: повышение эффективности, безопасности фармакотерапии, а также экономическая рентабельность.
- Фармакогенетический тест должен быть доступен больным и врачам, т.е. фармакогенетический тест должен быть «поставлен» в лаборатории больницы.

В настоящее время этим требованиям удовлетворяет ограниченное количество фармакогенетических тестов, применение которых в клинической практике разрешено в большинстве стран мира и регламентировано в инструкциях и ТКФС. Однако некоторые коммерческие лаборатории предлагают и другие фармакогенетические тесты, но интерпретация их результатов пока носит спекулятивный характер.

Фармакогенетическое тестирование в клинической практике целесообразно проводить в следующих ситуациях:

- При длительном применении ЛС с большим спектром и выраженностью НПР (в т. ч. и ЛС с узким терапевтическим диапазоном), особенно у больных с высоким риском развития НПР.
- При наличии семейного анамнеза по развитию серьезных НПР.
- При применении ЛС, эффективных у ограниченного числа больных, особенно дорогостоящих ЛС.

Для каждого фармакогенетического теста, применяемого в клинической практике, разработаны свои алгоритмы выбора ЛС и их режимов дозирования. Однако существуют общие закономерности интерпретации результатов (выбор дозы ЛС) в отношении фармакогенетических тестов, в основе которых лежит определение полиморфизмов генов, кодирующих ферменты биотрансформации. В большинстве случаев при применении изначально активного ЛС, метаболизирующегося определенным ферментом до неактивных метаболитов, выбор дозы осуществляется следующим образом в зависимости от результатов фармакогенетического тестирования:

- Если носительство полиморфизма гена фермента биотрансформации не было обнаружено (такой генотип обозначается так ГЕН*1/*1, или «дикий» генотип, например СYP2D6*1/*1, а пациентов называют «распространенными метаболиторами»), то необходимо выбрать среднюю терапевтическую дозу ЛС (по инструкции и ТКФС).
- Если выявлено гетерозиготное носительство «медленного» полиморфизма (аллельного варианта) гена фермента биотрансформации (такой генотип обозначается ГЕН*1/*X, например СYP2D6*1/*4, а пациентов называют «промежуточными метаболиторами»), то необходимо выбрать минимальную терапевтическую дозу ЛС (по инструкции и ТКФС). Если таким пациентам изменить ЛС в средней терапевтической дозе, то велика вероятность развития у них НПР.
- Если выявлено гомозиготное носительство «медленного» полиморфизма (аллельного варианта) гена фермента биотрансформации (такой генотип обозначается ГЕН*X/*X, например СYP2D6*4/*4, а пациентов называют «медленными метаболиторами»), то необходимо выбрать дозу ЛС вдвое меньше минимальной терапевтической. Кроме того, таким пациентам по возможности необходимо назначать «терапию прикрытия» (ЛС, снижающие риск развития НПР). Если таким пациентам применять ЛС в средней терапевтической дозе, то велика вероятность развития у них НПР, в т. ч. и серьезных.
- Если выявлено носительство нескольких копий функциональных аллелей (более 2) гена фермента биотрансформации (такой генотип обозначается как ГЕН*1 S 2, например СYP2D6*1 S 2, а пациентов называют «быстрыми метаболиторами»), то необходимо выбрать максимальную терапевтическую дозу ЛС (по инструкции и ТКФС). Если таким пациентам применять ЛС в средней терапевтической дозе, то будет отмечена низкая эффективность лечения.

Обратная ситуация с выбором дозы ЛС на основе результатов фармакогенетического тестирования в случае применения ЛС, являющегося пролекарством.

Для некоторых фармакогенетических тестов (в т. ч. и в которых определяются полиморфизмы генов ферментов биотрансформации) созданы более сложные и одновременно более точные (обладают большей предсказательной ценностью) алгоритмы выбора дозы ЛС, учитывающие не только генетические, но и негенетические факторы (пол, возраст, расовая принадлежность, отношение к курению, состояние функции почек и печени, совместно применяемые ЛС и т. д.). Например, такой алгоритм создан для выбора дозы орального антикоагулянта варфарина (т. н. алгоритм Gage). Этот алгоритм представляет собой сложную математическую формулу, в которую «подставляются» индивидуальные характеристики пациента, включая выявленные генотипы, и путем математического действий вычисляется рекомендуемая начальная доза варфарина. В связи с тем, что вычисления по этой формуле сложные, авторы алгоритма разработали on-line калькулятор для вычисления начальной дозы варфарина.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ от 26 февраля 2009 года

Сопредседатели секций:

член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков, акад. РАМН, проф. В.А. Сандриков, проф. М.П. Савенков, проф. М.Г. Глезер, проф. В.А. Парфенов, проф. А.В. Чупин.

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Синкопе. Что за этим стоит?»

1. Проф. М.Г. Глезер (ММА им. И.М. Сеченова). Обморок (синкопе) — внезапная кратковременная потеря сознания. Обморок является наиболее частой причиной госпитализации и при заболеваниях ССС ухудшает степень прогностического риска на 30%. Изложена этиология синкопе: заболевания нервной системы (ТИА, эпилепсия, мигрень, поражения С.Н.С., паркинсонизм и др.); патология ССС (нарушение ритма и проводимости при острой ИБС, заболевания сердца дистрофической, воспалительной или идиопатической природы); снижение сердечного выброса, ТЭЛА и др.; уменьшение объема циркулирующей крови (кровотечения, лихорадка, длительный постельный режим, лекарственные препараты); МР (гипокалемия, гипогликемия); вазомоторные стимулы (ортостатическая или постпрандиальная гипотония, СКС, вазовагальные рефлексы, синдром недостаточности автономной нервной системы и др.); лекар-

ственные препараты (диуретики, АГП, нитраты, антидепрессанты, сердечные гликозиды и др.).

Дан алгоритм диагностики обморока: опрос (устанавливает причину в 55–85% случаев): физикальные, лабораторные исследования (определение Нб, глюкозы крови, маркеров миокардиального повреждения, кислотно-щелочного и водно-электролитного баланса) и инструментальные исследования (ЭЭГ; КТ мозга; ЭКГ; мониторинг ЭКГ; ЭХО КГ; ЭФИ и т. д.). Подчеркнуто, что правильный диагноз кардиологи и терапевты устанавливают в большинстве случаев более простыми методами. Показания для проведения сложных и дорогостоящих методов исследования следует обосновать.

Наиболее частой причиной обморока является ортостатическая гипотония, развивающаяся при нарушениях механизмов, регулирующих усиление барорефлекторных влияний в ответ на гидростатическое перемещение крови и механизмов, обеспечивающих достаточный венозный возврат крови к сердцу. Обморок, обусловленный ортостатической гипотонией (ОГ), повышает риск развития сосудистой смерти. Для диагностики ОГ из перечисленных методов исследования прежде всего необходимо использовать позиционные пробы.

Лечение ОГ заключается в устранении основной причины; назначении лекарственных препаратов (Флюдрокортизон, НПВС, БАБ, центральные альфа-, альфа₂-агонисты, симпатомиметики и алкалоиды).

Вопрос к докладчику: «Какие АГП могут вызвать обморок?» Ответ: «Из АГП обморок вызывают чаще альфа-, ганглиоблокаторы, симпатолитики, иногда БАБ». Вопрос: «С какой целью используют нитроглицерин при проведении позиционной пробы?» Ответ: «Нитроглицерин увеличивает частоту положительных результатов».

Вопрос о теоретическом риске, который врач берет на себя вместе с больным при лечении лекарственными препаратами, приобрел в настоящее время особое значение, поскольку:

- в медицинскую практику внедрено большое число препаратов, обладающих высокой биологической активностью;
- нередко ошибки при их применении,
- не всегда используются качественные препараты,
- население sensibilizировано к биологическим и химическим веществам.

Несчастные случаи, обусловленные применением талидомида, препаратов кортизола, антибиотиков, цитостатических средств повлияли на формирование общественного мнения.

Концепция «лекарственной болезни» еще в 1954 г. была представлена на заседании Московского терапевтического общества и вызвала тогда большую дискуссию. Термин «лекарственная болезнь» получил широкое применение для обозначения:

- практически всех возможных видов нежелательных побочных эффектов, которые могут наблюдаться при применении лекарственных препаратов;
- проявлений лекарственной аллергии;
- побочных эффектов, не связанных с повышенной чувствительностью организма к лекарственным препаратам, т. е. с аллергией;
- проявлений нетерпимости некоторыми людьми побочного действия лекарственных препаратов;
- болезненных явлений, возникающие после более или менее длительного применения какого-либо лекарственного препарата.

Значимость разработки учения о лекарственной болезни была несомненной, поскольку обращалось серьезное внимание на патологию, вызываемую лекарственными препаратами. Однако эволюция определения лекарственной болезни привела в конечном итоге к выработке позиции, согласно которой термин «лекарственная болезнь» стали считать нерациональным из соображений медицинской деонтологии, так как заранее предполагается, что применение лекарств приводит к развитию особой связанной с ними болезни. Хотя на самом деле медицинская деонтология — раздел этики, изучающий проблему взаимоотношения медицинских работников с больными и коллегами и не имеющий никакого отношения к лекарственным препаратам.

Решением коллегии Министерства здравоохранения СССР с 1 января 1970 г. в СССР была введена в действие Международная классификация болезней, травм и причин смерти восьмого пересмотра, которая имела специальные подразделы для кодирования неблагоприятных реакций на лекарственные препараты как заболеваний. Таким образом, международным сообществом было признано и документально утверждено, что лекарственные препараты могут быть причиной болезней: «Неблагоприятные реакции на медикаментозные средства (N960—N979)».

На смену ей пришла статистическая классификация девятого пересмотра: «Лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества как причина неблагоприятных реакций при терапевтическом применении (E930—E949)». Включены: соответствующие назначению лекарственные средства, правильно введенные в терапевтических или профилактических дозах, как причина любой неблагоприятной реакции».

В настоящее время в России применяется Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), клинико-диагностические термины которой адаптированы к особенностям отечественной медицинской практики: «Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств (Y44—Y84)», причем в этот раздел включены «любые неблагоприятные реакции, связанные с соответствующими назначениями, правильно введенными в терапевтических или профилактических дозах лекарственными средствами». В специальном подразделе «Лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении» перечислены наименования более 170 групп препаратов.

Перечисленные подразделы МКБ, по-видимому писаны не про нас, и поэтому статистического учета заболеваний, вызванных лекарственными препаратами, в стране не ведется. С одной стороны, это, по-видимому, обусловлено тем, что у врачей общей практики существует убеждение, что лекарственный препарат не может быть вредным. С другой — в стандартном статистическом талоне для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (Форма № 025-2/у, утвержденная Минздравом СССР от 04.10.80 г. № 1030) не было даже графы для информации о неблагоприятных реакциях лекарственных препаратов, также как нет ее и в талоне амбулаторного пациента (Форма № 025-12/у-04, утвержденная Приказом Минздравсоцразвития России № 255 от 22.11.04 г.).

Возможная этиологическая роль лекарственных препаратов в развитии коллагенозов (системных заболеваний соединительной ткани) обсуждалась еще на

I Всероссийском съезде терапевтов в 1960 г. В настоящее время «лекарственная системная красная волчанка», «при необходимости для идентификации лекарственного средства используют дополнительный код внешних причин (класс XX)» и «системный склероз, вызванный лекарственными средствами и химическими соединениями» включены в МКБ-10 и кодируются соответственно M32.0 и M34.2.

Лекарственная болезнь

Ю.В. Муравьев

НИИР РАМН, Москва

Одним из достижений прошедшего десятилетия является прорыв в лечении иммуноопосредованных воспалительных заболеваний — внедрение в клиническую практику моноклональных антител к фактору некроза опухоли альфа (ФНО- α) — генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), по значению не многим уступающих открытию глюкокортикоидов. Недавно был обнаружен рост числа сообщений о парадоксальной индукции аутоиммунных процессов, обусловленных преимущественно ингибиторами ФНО- α . К 15 июля 2009 г. было сообщено о более чем 800 случаях аутоиммунных заболеваний, индуцированных ГИБП, включая разнообразные как системные (волчанка, васкулит, саркоидоз, антифосфолипидный синдром), так и орган-специфические (интерстициальное заболевание легких, увеит, неврит глазного нерва, периферическую нейропатию, рассеянный склероз и аутоиммунный гепатит) аутоиммунные процессы. В большинстве случаев они возникали в течение года после начала лечения ГИБП и полностью проходили после отмены препарата почти у 75% больных. Наихудшие исходы отмечались при индуцированных интерстициальных заболеваниях легких, воспалительных заболеваниях глаз и демиелинизирующих заболеваниях центральной нервной системы. Своевременный диагноз и отмена лекарственного препарата предотвращают развитие заболевания и инвалидизацию.

Не следует забывать, что неблагоприятные реакции на лекарственный препарат могут быть обусловлены не только свойствами препарата или состоянием организма человека, но и медикаментозной ошибкой, которой считают любое предупреждаемое событие, являющееся причиной неправильного применения лекарственного препарата и нанесения вреда больному. К предупреждаемым событиям относят:

- Назначение непоказанного лекарственного препарата;
- Выбор неправильной дозы;
- Назначение препарата, показанного при имеющейся болезни, но противопоказанного для конкретного больного из-за генетических или этнических особенностей, возраста, наличия других заболеваний, аллергии на этот препарат в анамнезе;
- Назначение показанного препарата, но без учета потенциально отрицательного взаимодействия его с другими лекарственными препаратами, которые уже принимает больной;
- Недооценка показаний, противопоказаний и риска назначения лекарственного препарата;
- Игнорирование советов врача или рекомендаций информационного листка лекарственного препарата;
- Самолечение.

Согласно МКБ-10, для подобных неблагоприятных реакций предусмотрен специальный раздел «Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (T36—E50)», включающий все случаи передозировки, неправильной выдачи или приема лекарственных препаратов по ошибке. Информацией о такой статистике в России мы также пока не располагаем. Кроме того, не следует забывать, что фармацевтические компании в стремлении привлечь больше внимания к своему препарату и увеличить продажи иногда умышленно скрывают от публикации сомнительные результаты исследований. Не удивительно поэтому, что те исследования, которые финансируются фармацевтическими компаниями, представляют их лекарства в лучшем свете, чем те исследования, которые проводят независимые специалисты. А в России, в отличие от других развитых стран, действует уникальное законодательство, разрешающее проводить испытания лекарств только самим производителям. Поэтому все исследования, проведенные в России, финансировались производителями, а потому отражают преимущественно их интересы. Согласно закону Российской Федерации «О лекарственных средствах» от 22.06.98 г. № 86-ФЗ безопасность лекарственных средств — это «характеристика лекарственных средств, основанная на сравнительном анализе их эффективности и оценки риска причинения вреда здоровью», а эффективность лекарственных средств — «характеристика степени положительного влияния лекарственных средств на течение болезни». В то же время не приводится никаких пояснений относительно «оценки риска причинения вреда

здоровью», что, по сути, делает невозможным анализ безопасности лекарственных средств. Кроме того, оказалось практически невозможным выполнять «Обязанность субъектов обращения лекарственных средств сообщать о случаях побочных действий и об особенностях взаимодействия лекарственных средств с другими лекарственными средствами», поскольку в законе отсутствует определение «случай побочного действия» и создается впечатление, что «случаи побочных действий» и «безопасность лекарственных средств» никак между собой не связаны. В то же время, фармацевтические препараты на Российском фармацевтическом рынке имеют несколько десятков торговых названий при общем международном непатентованном названии, поскольку производятся разными фирмами. Инструкции по их применению содержат неоднозначную информацию, что не позволяет «сообщать федеральному органу исполнительной власти в сфере здравоохранения, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, федеральному органу контроля качества лекарственных средств и территориальным органам контроля качества лекарственных средств о всех случаях побочных действий лекарственных средств и об особенностях взаимодействия лекарственных средств с другими лекарственными средствами, которые не соответствуют сведениям о лекарственных средствах, содержащимся в инструкциях по их применению». Для этого необходимо досконально знать инструкции по применению аналогов всех лекарственных препаратов, которые принимает больной. Кроме того, приказом Минздрава РФ № 494 от 22.10.2003 «О совершенствовании деятельности врачей-клинических фармакологов» утверждена учетная форма № 313/у «Карта экспертной оценки качества фармакотерапии (протокол консультации)», одним из показателей которой является «Наличие нежелательных побочных реакций». Естественное желание повысить оценку качества фармакотерапии вольно или невольно вынуждает лечащий персонал не афишировать их. Специально проведенный анализ показал, что врачи почти полностью игнорируют вопросы безопасности лекарственных препаратов в медицинской документации. Недостатки государственной медицинской статистики длительное время не давали возможности получить достоверные сведения и о распространенности ревматических заболеваний — РЗ (объединяющих около 100 нозологических форм) среди жителей России и вынуждали в этом плане ориентироваться на данные зарубежных коллег. Так, например, в США по распространенности РЗ занимали второе после артериальной гипертензии среди взрослого населения, а различными болезнями суставов страдало 15% американской популяции. В то же время в 1980 г., когда отечественная ревматология была в основном ориентирована на ревматизм и пороки сердца, а все другие РЗ регистрировались в отчетных формах в одной рубрике «ревматоидный артрит и другие формы хронического артрита», общее количество зарегистрированных больных составляло 1,14 млн. Однако начиная с 1988 г., когда стали учитываться все болезни костно-мышечной системы (БКМС), картина изменилась, и к 1991 г. в России было зарегистрировано более 9 млн., а в 2004 г. общее количество больных с БКМС составило более 15 млн человек.

Что касается неблагоприятных реакций лекарственных препаратов в развитых странах, то проведенные исследования показывают их большую распространенность. Так, в США ежегодно 2,2 млн госпитализированных больных имеют серьезные неблагоприятные реакции на лекарственные препараты; неблагоприятные реакции на лекарственные препараты занимают 4–6 место среди основных причин смерти в США. Только в США в 2000 г. стоимость связанных с лекарствами заболеваемости и смертности составила более 177 млрд долларов, удвоившись по сравнению с 1995 г. Исполнительный вице-президент и Генеральный директор Фармакопеи США Роджер Л. Вильямс в своем докладе на 10-м конгрессе «Человек и лекарство» говорил о создании более безопасной системы здравоохранения США, включающей:

- Расширение базы данных по вопросам безопасности больных;
- Выявление ошибок и извлечение уроков (обязательные и добровольные сообщения);
- Внедрение безопасных стандартов в систему оказания медицинской помощи;
- Выдвижение вопросов безопасности больных на первый план национальной повестки дня по охране здоровья.

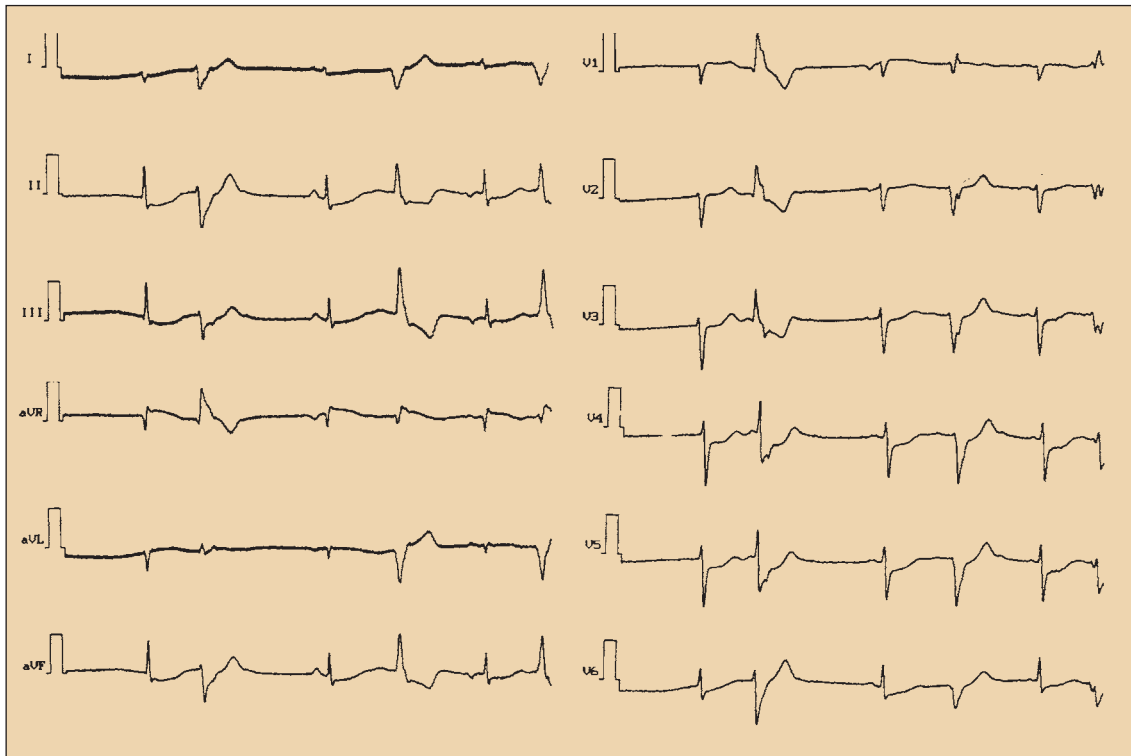
Назрела настоятельная необходимость и нам рассмотреть возможности решения этих вопросов. Таким образом, пока мы не поймем, что к неблагоприятным лекарственным реакциям следует относиться как к лекарственным болезням, и не научимся изучать их по тем же разделам, что и любое распространенное заболевание, включая этиологию, эпидемиологию, патогенез, патологическую анатомию, клинику, течение, сочетание с другими заболеваниями, исходы, диагноз и дифференциальный диагноз, лечение, профилактику, социально-гигиенические аспекты, проблема неблагоприятных реакций лекарственных препаратов так и останется для нас проблемой, и мы по-прежнему будем ориентироваться на «данные» зарубежных коллег.

С читателями «Московского доктора» поделился своими клиническими наблюдениями доктор Назаров Андрей Владимирович, работающий в составе кардиологической бригады скорой помощи. Комментирует профессор Дмитрий Владимирович Преображенский.

1. Мужчина, 47 лет, проснулся в 2 часа ночи от болей, локализирующихся от эпигастрия до нижней трети грудной области с иррадиацией в левое плечо. Ранее было 2 эпизода таких же болей, возникающих тоже ночью: 2,5 и 1,5 месяца назад. Первый приступ возник после употребления холодного напитка, возникло предположение о «желудочной» причине болей, поэтому принимал но-шпу с эффектом примерно через 1 час. Не обследовался. При сегодняшнем приступе вызвал скорую. Прибывшей фельдшерской бригадой определено нормальное АД, записана приводимая ЭКГ, после передачи ее на кардиопульт получены указания лечить пациента по схеме ОКС, к пациенту направлена КБ. Фельдшерской бригадой выполнено: кубитальный катетер, аспирин 0,5 разжевать, морфина г/х 1% 1 мл в 10 мл физраствора в/в медленно, изокет-спрей п/я 2 дозы, физраствор 250 мл в/в капельно. (Прямые антикоагулянты фельдшерскими бригадами обычно не применяются, чтобы оставить спец. бригаде возможность применить ТЛТ, если будет диагностирован ОКС с подъемом ST и если для ТЛТ имеется стрептокиназа).

Через 10 минут боли купированы, была записана повторная ЭКГ, где все комплексы синусовые, изменения ST прежние, просматривающиеся на фоне синусового ритма особенно отчетливо.

Прибывшей КБ состояние пациента оценено как относительно удовлетворительное, АД и пульс нормальные. На ЭКГ (прошел 1 час после начала лечения) ритм синусовый, ST изоэлектричны во всех отведениях, умеренные диффузные изменения миокарда в виде сглаженных T.



ЭКГ первичная: ритм сложный: 1-й комплекс из AV соединения; 2-й, 4-й и 6-й — левожелудочковые, политопные; 3-й синусовый; 5-й предсердный. При анализе синусового комплекса можно сделать заключение о вертикальном положении ЭОС и отметить депрессию ST в II, III, aVF, V4-V6 отведениях с макс. глубиной 3 мм. Зубец T сглажен во всех отведениях. На ЭКГ снятой фельдшерской бригадой через 15 мин ритм синусовый, изменения ST — такие же.

На ЭКГ, снятой кардибригадой через 1 час, ритм синусовый, ST изоэлектричны во всех отведениях, умеренные диффузные изменения миокарда в виде сглаженных T.

Тактика: указанная динамика ЭКГ позволила утвердиться во мнении, что болевой приступ был коронарогенный. Лечение дополнено: клексан 0,8 п/к, пациент госпитализирован с диагнозом: ИБС, нестабильная (впервые возникшая) стенокардия от ...2009 г. (дата вызова).

«Впервые возникшей стенокардией» приступ определен потому, что от предыдущего приступа прошло более 1 месяца (по крайней мере, приступ впервые выявленный).

Надо ли было применять клексан при нормализации ST? Вероятно, надо: дальнейшее развитие событий непредсказуемо.

Комментарий проф. Преображенского Д.В.: Вызывает сомнения диагноз впервые возникшей нестабильной стенокардии. Более вероятен диагноз Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

Образовательный семинар, посвященный памяти Зиновия Соломоновича Баркагана

«ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА»,

будет проходить в рамках Конгресса «Человек и лекарство» (12—16 апреля 2010 г.)

Семинар посвящен разным аспектам нарушений свертывающей системы человека — системы гемостаза. Клиническое значение гемостазиологии в клинической практике трудно переоценить. Знания по ранней диагностике, лечению больных с нарушениями свертывающей системы крови крайне важны для акушеров-гинекологов, реаниматологов, гематологов, трансфузиологов, клинических фармакологов, хирургов, в том числе кардиохирургов, терапевтов, гериатров и врачей общей практики.

Руководители школы — Воробьев Павел Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова; Момот Андрей Павлович, доктор медицинских наук, профессор, директор Алтайского филиала ГУ «Гематологический научный центр» РАМН. Докладчики — ученые, специалисты ведущих гематологических учреждений Москвы, Барнаула, Архангельска, имеющие большой практический опыт работы

ПРОГРАММА

1 день

РЕГИСТРЫ ПРЕДОБЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРОМБОФИЛИЯМИ

Сопредседатели: проф. Воробьев П.А., проф. Момот А.П., проф. Елькомов В.А.

| | |
|--|--|
| В.А. Елькомов, А.П. Момот, Г.В. Сердюк (г. Барнаул) | Организация регистров предоблеznи в кардиологии, неврологии и акушерстве |
| А.П. Момот, Е.В. Ройтман, П.В. Свириг (г. Барнаул, Москва) | Перспективы и практика генетической паспортизации детей на носительство тромбогенных ДНК-полиморфизмов |
| П.А. Воробьев, О.В. Борисенко (Москва) | Регистры больных как метод изучения типичной практики ведения больных |
| Н.А. Воробьева, И.А. Пономарева (г. Архангельск) | Первый опыт регистра больных с варфаринотерапией |

2 день

ГЕМОФИЛИЯ И БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сопредседатели: проф. Воробьев П.А., проф. Момот А.П., Зоренко В.Ю.

| | |
|--|---|
| В.В. Вдовин (Москва) | Диагностика гемофилии и болезни Виллебранда: от участкового врача до специализированной клиники |
| П.А. Воробьев, О.В. Борисенко (Москва) | Изучение качества жизни больных с гемофилией |
| В.Ю. Зоренко (Москва) | Интенсивная терапия при хирургических пособиях у больных гемофилией |
| Н.И. Зозуля (Москва) | Терапия при появлении антител к факторам свертывания: эффективность и экономичность |
| Ю.А. Жулев (Москва) | Домашнее профилактическое лечение гемофилии глазами пациентов |

Место проведения: Российская академия государственной службы при Президенте РФ (РАГС). Адрес: проспект Вернадского, д. 84 (проезд: ст. метро «Юго-Западная», выход из последнего вагона).

Уточненная информация будет размещена на сайте www.zdrav.net и на сайте Конгресса

Внимание!

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга:

И.П. Купервас «ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ»

Книга выходит в 3-й раз, предыдущее издание осуществлено в 1993 году. Автор — ведущий специалист в мире, собравший и осмысливший богатейший материал по данной проблеме. В монографии обобщены сведения о патогенезе, клинике и семиотике основных туннельных синдромов — наиболее частой форме не-травматического поражения нервных стволов. Главное внимание уделено их диагностике и консервативному лечению в амбулаторной и стационарной практике врачами общей медицинской сети: неврологами, травматологами, ортопедами, физиотерапевтами, терапевтами, семейными врачами, а также мануальными и игло-рефлексотерапевтами. В связи с всеобщей компьютеризацией последних лет возросло количество болезней рук и прежде всего туннельных синдромов (невритов). Эти специфические болезни поражают людей разного возраста и различных профессий, работа которых связана с нагрузкой на руки, и требуют немедленного лечения. Автором разработаны рациональные методы диагностики и оптимальные методы консервативного лечения, о чем и написана эта книга. Она может служить практическим руководством для врачей различных специальностей.

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., Буриков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галин В.А., Глезов М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губина Д.И., Гусева Н.Г., Дворский Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин Л.В., Казурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Кложев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.Б., Макашев В.И., Моисеев В.С., Мукин 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.В., Синопальников 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: mtprndm@dol.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.

Рекламная информация обозначена **б**

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