



Абрам Львович Сыркин несколько раз высказывался по вопросу «интонаций» в нашей газете. Я просил его написать свои возражения, но понимал, что получить текст невозможно. Тогда мы договорились об интервью. Брала интервью А. Власова. Поэтому в интервью много заочной дискуссии с главным редактором. Вначале Анна, по просьбе Абрама Львовича, зачитала все заготовленные вопросы, в основном — опубликованные в первом номере газеты за этот год, затем началась собственно беседа:

— Э-э-э-э, столько вопросов, тут на трехтомник хватит.

— Ну и замечательно, мы с удовольствием. Еще говорят, что Вы многих известных людей лечили, говорят, даже Александра Галича.

— На некоторые вопросы, касающиеся персоналий, я не отвечаю. Интересно, откуда Павел Андреевич об этом знает, я никогда не говорил об этом? Смеется. Я-то думал, что Павел меня просит высказаться по поводу газеты.

— Безусловно, и это тоже. Вам ведь не нравится, к примеру, как мы ругаем «Эхо Москвы», вот и скажите об этом.

— Я никогда бы не поверил, что такое дело можно поднять. И только тем, что есть Павел Андреевич с его совершенно неумной энергией, плюс к этому еще, конечно, очень большими способностями, потому что это все надо было организовать. Если мне бы сказали — одним словом охарактеризуй свое впечатление о газете, то это было бы слово «восхищение», я говорю так, как есть, именно восхищение

— Я думала, что люди этого не понимают.

— Господь с Вами, это ж какими надо быть тупицами, чтоб этого не понимать.

— Ну, просто не задумываются об этом.

— Это, конечно, может быть. Ну, вот слово восхищение — это единственное слово, которое могу сказать. А дальше про газету, конечно, можно сказать очень много хорошего. Но у меня еще есть целый ряд претензий. Личность главного редактора не может не наложить отпечаток на издание. Соответственно, Павел, со всеми своими плюсами, он виден на каждой странице, в каждой заметке. Он максималист и поэтому он иногда ошибается, и это тоже бьет в глаза. В чем, я считаю, не права газета: какими бы ни были недостаточно обозначенными наши практические врачи и в первую очередь наши участковые врачи, они в труднейших условиях работают, они добросовестно пытаются что-то сделать, в их заблуждениях во многом виноваты мы сами, значит, мы их недоучили. Когда они делают что-то не то, можно и нужно об этом сказать. Что они делают что-то не то. Но когда звучат нотки, я думаю, не вполне оправданного негодования и такого недовольно-снихождительного плана — так нельзя писать. Если я возьму газету, я найду те несколько фраз, которые просто коробят. Конечно, тон по отношению к кому бы то ни было не может быть снихождительным, оскорбительным, тон не может быть раздраженным. Когда я Павлу об этом говорю, он говорит, что нет, они другого не заслуживают, они такие-растакые.

— Да, наверно, если мы хотим, чтоб они нас читали, то тон ...

— Умница, если ты хочешь чему-то их научить, то нельзя таким тоном. Ну что, я к вам приду, чтоб вы меня чему-то научили, а вы мне скажете, что я тупица, дурак, — это неправильно, этого делать нельзя.

— Да, наверно, если мы хотим, чтоб они нас читали, то тон ...

— Умница, если ты хочешь чему-то их научить, то нельзя таким тоном. Ну что, я к вам приду, чтоб вы меня чему-то научили, а вы мне скажете, что я тупица, дурак, — это неправильно, этого делать нельзя.

— Да, наверно, если мы хотим, чтоб они нас читали, то тон ...



А. Л. Сыркин

О газете и о себе

... про газету, конечно, можно сказать очень много хорошего. Но у меня еще есть целый ряд претензий.

...наши практические врачи и в первую очередь наши участковые врачи, они в труднейших условиях работают, они добросовестно пытаются что-то сделать, в их заблуждениях во многом виноваты мы сами, значит, мы их недоучили.

возмутительно недобросовестную — за это нужно наказывать, а не просто писать гневные письма. Если бы терапевтическое общество выступило инициатором одного-двух судебных процессов по отношению к производителям рекламы...

— Боюсь, не потянет.

— Так вот, бороться со всем этим, конечно, надо, это было бы значимо, это было бы колоссально. Но выбрать для этого своей мишенью единственную приличную станцию: нашел на кого накинуться, на «Эхо Москвы».

— Павел Андреевич считает, что именно потому, что она хорошая, на ней нужно искоренить недоброкачественную рекламу. Что им нужно помочь.

— Но это дубина, а не помощь. Не заслужили они этого, чтоб на них вот так вот накидывались. И тон должен быть более спокойный. Он же просто «Эхо» изничтожает. Они гнусные, подлые и так далее...

— Самое обидное, что они, наверно, этого не читают.

— Это не имеет значения, ты исходи из того, каким должен быть ты, а не из того, кто тебя

читает или не читает. Я считаю, что такие вот перефразы — они газете не нужны, что это все далеко не главное, я же начал с главного, что это поднято огромное дело, какое счастье, что это удастся продолжить, это все важно.

Дальше... Смеется. Напишите пожалуйста такую фразу: «При всем уважении и даже любви к Павлу Андреевичу Воробьеву я думаю, что его появление в каждом номере в том или ином виде необязательно, невольно уже начинаешь ожидать в следующем номере его вид в сауне». Ну так вот, это то, что я хочу сказать по газете.

А теперь я отвечу на несколько вопросов из вашего списка. Ну, например, про врача и компьютер. Я об этом вопросе скажу шире, заодно расскажу про Гельфанда, тема — врач и математик. Перед появлением компьютеров говорили, что проще сделать заново научную работу средней затратемкости, чем найти ее в литературе. Компьютер — совершенно другой объем информации, совершенно другие методы обработки информации. Врач, который владеет компьютером, — это другой человек. Можете добавить — Абрам Львович не владеет компьютером.

— Еще не поздно.

— Не поздно, может, и начну. В нашей клинике кардиологии все врачи владеют компьютером и не мыслят себе жизни без него.

— То есть компьютер для врача — это теперь повседневный инструмент, как фонендоскоп.

— Да, без фонендоскопа обойтись можно, я и ухом слушаю, а без компьютера нельзя. Теперь про математику.

Про Гельфанда я мог бы рассказать очень много интересного, но это ведь абсолютно не уложится в формат газеты. Много лет назад к Виталию Григорьевичу Попову пришла группа математиков из Московского

энергетического института и сказали: «Мы очень сильные математики, мы хотим поработать на благо медицины». Виталий Григорьевич меня схватил и говорит — давай-ка вот, поработай с ними по прогнозу инфаркта миокарда. Прогноз при инфаркте миокарда — это очень важно, больных полно. У меня лежит вот такая стопка историй болезней, какие-то карты. Я им все отдал. Они приходят и говорят: ваши задачи оказались такие интересные.

А я вообще считаю, что медицинские задачи — это задачи одновременно с недостаточной, избыточной и искаженной информацией. Я, конечно, не оригинален в этом, но для себя я это придумал сам. И они действительно очень трудные, кто их умеет решать, тот все умеет. Так вот математики эти говорят, что ваши задачи такие интересные оказались, мы на них научились решать задачи для космоса и для сельского хозяйства. Ну, а что вы для нас-то, медиков, сделали? Сделали, вот если представить себе в виде батона всех больных с инфарктом миокарда, они отрезали две горбушки. Одна горбушка — если ты молодой, здоровый, инфаркт у тебя легкий, то у тебя будет хороший прогноз. А если ты старый, больной, и инфаркт у тебя тяжелый, то у тебя будет плохой прогноз — вторая горбушка. А вот эти в батоне — они все в неопределенности. То есть большого практического смысла от этой работы не было. Опубликовали статью на эту тему и на том покончили. Они ушли счастливые, а мы остались со своими больными.

Через некоторое время приходит великий математик с мировым именем Израиль Моисеевич Гельфанд и говорит Попову, что он хочет поработать с нами в медицине. Он уже работал в это время с врачами и биологами. Ну, дорожка-то уже проторенная, Попов меня заснул, говорит, вот поработай теперь с Гельфандом. Я снова показываю, что у меня вот такая пачка до пояса на полу историй лежит. Он смотрит историю болезни и говорит: «Абрам Львович, а как это понимать, вот здесь в истории написано: печень не увеличена, а пониже написано: обход доцента Попова, печень выходит из подреберья на 2 см». Я ему говорю, ну а что тут понимать-то, просто первый писал клинический ординатор, он и смотреть не умеет, а второй смотрел Попов, он все умеет. А Гельфанд говорит: «А как я это машине объясню?»

И так начались вот такие вот штуки, ну, например, вчера вечером поступил больной, а утром со мной математики говорят и спрашивают: «Абрам Львович, а какой у него прогноз?» Ну, благоприятный, предположим, так ведь это я уже утром говорю. «А если б вы его вчера вечером смотрели, то какой бы прогноз был бы тогда?» Не записали в час поступления — история в брак. Короче, весь наш архив был забракован.

И все начали заново. Все пошло по новой, причем там было масса интересных вещей. Ну,

...медицинские задачи — это задачи одновременно с недостаточной, избыточной и искаженной информацией.

например, представляете себе больного с инфарктом миокарда, 100 измерений давления и пульса за сутки и тому подобное, что брать машине для анализа, максимум, минимум, средние цифры, наиболее характерные? Непонятно, какую заложить информацию. Сделали в начале какие-то огромные карты, потом поменьше, а потом Гельфанд предложил, на мой взгляд, совершенно потрясающую вещь, которую мы потом назвали игрой математика с врачом. Он сел рядом со мной, рядом кто-то из его сотрудников с ручкой и листочком бумаги. И говорил: «Абрам Львович, поступил больной с инфарктом миокарда, Ваш прогноз?» Нужно было задавать вопросы, после каждого он опять спрашивал про прогноз. После того, как прошли человек 20 больных, оказалось, что вопросов задаешь не такое уж и большое количество. Потом его сотрудники стали прогнозировать не хуже моих. Это получился совершенно потрясающий способ для отбора информации.

ИнтерНьюс

Периоперационная терапия бета-блокаторами может снизить частоту основных сердечно-сосудистых событий и после некардиохирургических вмешательств

Как известно, бета-блокаторы подавляют интраоперационный выброс катехоламинов, а именно катехоламины вызывают нежелательное повышение артериального давления, частоты сердечных сокращений, уровней свободных жирных кислот. Доктор Филипп Дж. Деверокс и его коллеги (Университет McMaster, Гамильтон, Онтарио, Канада) отобрали 22 рандомизированных испытания бета-блокаторов при экстракардиальных операциях. Общее число пациентов составило 2437. Оказалось, что периоперационное назначение бета-блокаторов достоверно не снижало 30-дневный риск общей и сердечно-сосудистой смертности, нефатальных инфаркта миокарда, остановки сердца, инсульта, застойной сердечной недостаточности, требующих лечения гипотензии или брадикардии, бронхоспазма. Тем не менее, достоверно снижалась частота событий по комбинированной «конечной точке» (сердечно-сосудистая смерть, нефатальные инфаркт миокарда, остановка сердца) – относительный риск 0,44. Периоперационное назначение бета-блокаторов повышало риск требующих лечения брадикардии (относительный риск 2,27) и гипотензии (относительный риск 1,27).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения крупного рандомизированного контролируемого исследования, чтобы окончательно установить риски и преимущества периоперационной терапии бета-блокаторами. Такое исследование уже начато – это исследование POISE (Perioperative Ischemic Evaluation), в которое планируется включить около 10000 пациентов. На сегодняшний день в POISE включено уже 4000 больных из 18 стран мира.

Источник:
BMJ 2005; online first.

Сложности выявления симптомов правостороннего инсульта могут объяснить его неадекватную диагностику по сравнению с левосторонним инсультом

Чтобы определить, как локализация поражения головного мозга влияет на диагностику инсульта, доктор Кристиан Фэрх (С. Foerch) и его коллеги (Университет Гете, Франкфурт, Германия) проанализировали данные 20097 пациентов, включенных в немецкий регистр инсульта в 1997–2002 г. В целом, 11300 (56%) пациентов имели левосторонний инсульт, и лишь 8769 (44%) – правосторонний. По мнению авторов, это объясняется прежде всего недостаточной диагностикой правостороннего инсульта. Пациенты с левосторонним инсультом достоверно чаще поступали в стационар в первые 3 ч, им чаще проводился тромболитический по сравнению с больными с правосторонним инсультом.

В редакционной статье того же номера Lancet доктор Джон Финк (Школа Медицины Христианской церкви, Новая Зеландия) соглашается с тем, что нарушения речи при левостороннем инсульте диагностировать проще, чем когнитивный дефицит при правостороннем инсульте. Следует увеличить настороженность врачей в отношении именно правосторонней локализации инсульта, подчеркивает доктор Финк.

Источник:
Lancet 2005; 366: 392-3.

(Начало на стр. 1) ➤

Вообще с Гельфандом было очень интересно работать. Правда, он заплатил непомерно высокую цену за образование одного врача. Вы не представляете, сколько часов он ухлопал на работу со мной и с 2-3 моими сотрудниками.

– Какой «выход» был у этой работы?

– У этой работы выход был совершенно недостаточный. Было много публикаций в виде отдельных кусков (препринтов). Я Израилу Моисеевичу неоднократно говорил, что необходимо написать книгу, а иначе это все забудется. Он сначала несерьезно к этому относился, а потом с Борей Розен-

В августе 22 числа исполнилось 15 лет радиостанции «Эхо Москвы». Поскольку из всех средств массовой информации «Эхо Москвы» наиболее часто упоминается на страницах Вестника МГНТ, то пройти мимо этого события было бы невежливо. Есть и еще один повод – судьба этой радиостанции тесным и причудливым образом сплелась и с историей страны, и с личными судьбами некоторых лиц, причастных к выходу нашей газеты. Даже больше – сама идея газеты имеет некоторое отношение к «Эху Москвы», хотя последнее об этом и не знает.

Одним из отцов-основателей радиостанции был Сергей Фонтон. Это – мой ближайший друг, с которым мы вместе выросли. Работая с 80-го года на Маяке и выпуская каждое утро информацию по страницам иностранной прессы, он однажды сообщил удивленному миру, что Катынь – дело рук НКВД. Такая информация, даже как цитата, вызвала напряжение в отношениях стран и отстранение С. Фонтон от эфира. Был подан судебный иск против всемогущего Гостелерадио, который – а была уже перестройка – оказался выигранным. Одновременно и зародилась мысль у Сергея о создании альтернативной радиостанции.

Были трудные, но счастливые месяцы становления свободного радио для свободных людей, мы все с завистью следили за деятельностью нашего друга. Например, у него появился мультитон – по тем временам невозможное средство радиосвязи, которое только-только начали использовать на скорой помощи: зуммер – и нужно позвонить по определенному телефону и получить информацию. Сергей отвечал за новостной блок на «Эхе», и он своих корреспондентов снабдил передовой системой связи. В старый Новый Год 1991 года мы, как обычно, собрались, чтобы скромно отметить это событие, как вдруг, часов в 9 вечера, у Фонтон заработал мультитон, он отозвался и, не говоря ни слова, покинул компанию. Утром мы узнали о событиях в Вильнюсе, о взятии Советской Армией Телецентра, и что всю ночь шел практически прямой телефонный репортаж из этого города. Впервые в нашей стране не удалось скрыть происходящих событий.

Потом был путч, роль «Эха Москвы» всем известна: это был единственный орган, который – по недосмотру ГКЧП – не был до конца закрыт. 20 августа вечером у А.И. Воробьева, тогда – депутата Верховного Совета СССР, на даче было истребовано интервью, которое а) оказалось последним интервью перед закрытием радиостанции, б) единственным публичным выступлением депутата Верховного Совета. Все остальные выступления готовились к 21 числу в «Общей газете». К сожалению, текст не сохранился, там было что-то про трясущиеся руки Янаева и что слабость путчистов видна невооружен-

фельдом и с Мишей Шифриным они все-таки эту книжку написали. Израиль Моисеевич в Штатах, Боря в Израиле, а Миша Шифрин работает здесь. Короче говоря, сделали книжку, вот в ней изложена основная наша работа «Очерки о совместной работе математиков и врачей».

– А повседневное применение хоть что-то нашло?

– А с повседневным применением вышло так: я написал книжку «Инфаркт миокарда», и почему-то, несмотря на многолетний труд, ничего из этого я в нее не вставил. А потом я получаю письмо от профессора Довгалевского из Саратова, который пишет, что он в своей докторской диссертации взял нашу классификацию и соединил с некото-

рыми методами исследования и получил четкий прогноз. И в последующее переиздание уже вошла та классификация, которая была, и некоторые другие вещи.

– Работа была проведена не зря, ей можно пользоваться?

– Все же этой классификацией практически не пользуются.

– А почему, ведь прогноз при инфаркте – это очень важно.

– Сейчас есть более простые способы. Я ведь сказал, что врач с компьютером и врач без компьютера – это два совершенно разных врача. Я давно уже понял, что врач, поработавший с математиком, это уже другой врач, он отменяет шелуху.

Эхо Москвы – 15 лет эфира

ным взглядом. Возможно, это выступление сыграло свою дополнительную роль при назначении А.И. Воробьева Министром здравоохранения новой страны. Хотелось бы так думать...

Потом были передачи о медицине, медицинском страховании, лекарствах и аптечной реформе, беседы о судьбах страны и наших собственных судьбах, в частности – обсуждение вопроса массовой эмиграции молодежи, наших сверстников и т.д. Через некоторое время Сергей ушел с Эха Москвы, и прямая связь с радиостанцией для нас была потеряна. Но следить за ее судьбой мы продолжаем, и нас не может не огорчать та лживая, вредоносная реклама, которая льется из ее эфира. Другие эфиры – например, ТВЦ, страницы газет, полны этим ядом больше, но и спрос с них – меньше: у других нет этого ореола героики первых лет становления новой России.

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА



С. Фонтон



Чугунные доски с тысячами фамилий польских офицеров, расстрелянных в Катынском лесу

Пожелание наше понятно – очищение и покаяние в части медицинской рекламы. Необходимы и законы, но нужен и кодекс чести журналиста, нужно, чтобы деньги пахли, и было очевидно, что есть «неправедное дело».

Главный редактор П.А. Воробьев

Хороший ученый работает не за зарплату, конечно, ему нужно платить хорошую зарплату, но он просто не может не заниматься наукой.

Вот вы читали вопрос про удивительные случаи из практики. Я не знаю таких, ничего подобного со мной не было. Почему большой вдруг умирает – это как раз, если разбираться, становится понятным. Чтоб большой вдруг выздоровел, не знаю таких случаев. Не бывает, к сожалению, удивительных выздоровлений.

Я видел людей, которые, казалось бы, должны умереть, а живут долгие годы, – но это не выздоровление.

– Абрам Львович, а вы сами лечитесь так, как рекомендуете своим пациентам?

– Да я, к счастью, пока не лечусь.

– Ну все иногда болеют гриппами, бронхитами..

— По возможности стараюсь не лечиться. Если чувствую, что серьезная инфекция, то принимаю антибиотики. Я знаю по опыту — бывают ситуации, начинающиеся с бронхита и заканчивающиеся пневмонией.

— И на работу больным не ходите?

— Нет, на работу хожу, но это личное дело каждого.

— А родственников своих вы лечите сами?

— Как правило, нет.

— А почему, они вас не слушаются?

— Нет, просто я нервничаю, могу что-то пропустить. Дочка у меня врач, она сама справляется.

— Как вы взаимодействуете с фармацевтическими компаниями и медицинскими представителями?

— Я скажу так, во-первых, к нам не идут недобросовестные люди.

— Они что-то знают про Вас, боятся идти?

— Ну, я не знаю, может они знают что-то о нас, но я не помню случая, чтобы к нам пришли недобросовестные люди, с которыми бы не хотелось работать. Мы никогда не участвуем в рекламных кампаниях. Мы делаем тему и в ней показываем место этого препарата.

Мы никогда не говорим, что вот есть препарат А, а препараты В, С и D забудь, или умалчиваем о них.

— То есть вы никаких сложностей в этой области не видите.

— Я думаю, что мы ни разу против своей совести не пошли. Мы, конечно, из-за этого значительно меньше денег получаем.

— Как вы считаете, в России есть медицинское сообщество? Как некая целостность.

— Нет, конечно. У нас, я считаю, в России на сегодняшний день имеется только микроклимат: какая-то организация, больница. Но это все микроклимат.

— Ведь терапевтическое общество — это та организация, которая может сплотить...

— Я думаю, что это исключительно сложно. Вы ведь помните историю с ребятами из 20-й больницы, ведь за них никто не заступился. Нет у нас на сегодняшний день такой ячейки в медицине. Для этого нужны энтузиасты, которые готовы это сделать делом своей жизни. Вообще бы не помешало стране иметь хотя бы несколько десятков Павлов Воробьевых. Я думаю, что сейчас появилось некое разочарование в возможностях одного отдельно взятого человека и одной отдельно взятой ячейки общества. И нужны очень сильные люди, чтоб доказать обратное. Их сейчас почти нет. Хотя если бы они были, они бы смогли повернуть многое.

— Вы считаете, что сейчас таких людей меньше, чем было раньше?

— Я не знаю, может, они просто не хотят этим заниматься. Хотя настоящая личность ведь характеризуется тем, что она не делит на приятное и неприятное, это как настоящий писатель пишет, потому что он не может не писать. Хороший ученый работает не за зарплату, конечно, ему нужно платить хорошую зарплату, но он просто не может не заниматься наукой. И наши правозащитники в те уже далекие времена ведь тоже могли найти себе лучшее применение, чем выходить на Красную площадь с плакатами.

— Может, просто недостаточно голодные, поэты пишут только когда голодные?

— Нет, эта ситуация ведь завтра может измениться. То, что их душат, это не объясняет, почему таких людей сейчас нет. Может, на этом все?

— Можно последний вопрос? Скажите мне, пожалуйста, здоровый образ жизни — это залог здоровья, или можно не напрягаться?

— Если под разумным поведением понимать поведение без эксцессов, то конечно. Если предъявлять жесткие требования, то они, конечно, на определенной степени жесткости становятся бессмысленными.

— Отказ от всех удовольствий в жизни позволяет жить долго?

— Нет, я совершенно в этом не убежден, что когда говорят, что жил как аскет и дожил вот до чего-то. Всегда думаешь, а может быть, этот же человек и не живя как аскет, дожил бы до того же. Так что я противник жестких ограничений. Владимир Никитич Виноградов, который был моим учителем, говорил, что лучшая диета — всего понемножку.

— То есть вы не предлагаете своим больным бросить пить, курить?

— Я, конечно, считаю, что курить не надо, что пить надо умеренно. Я вовсе не хочу обсуждать эти всем известные оптимальные дозы. Правда, я никому не советовал ради этого начинать пить, а вот ограничивать питье я, конечно, советовал. Когда-то очень давно ко мне пришел пациент, который сказал: «Абрам Львович, я так к вам рвался, так рвался».

Я, конечно, весь раздулся от гордости. А он говорит: «Вы единственный доктор, который разрешает пить». Это было за много лет до того, как стали говорить что небольшие дозы алкоголя полезны. Нет, в крайности ни в чем ударяться не нужно. У меня был пациент, у которого сексуальный акт заканчивался отеком легких.

В чем уж точно я не повинен, так в том, что я никогда зазря не отправлял людей на пенсию. Это точно. Пока человеку работа в радость, он должен работать. Конечно, если это не тот редкий случай, когда работа идет настолько вразрез с его возможностями, когда человек задыхается, но лезет на Эверест. За исключением таких ситуаций, когда организм уже кричит о невозможности выполнять нагрузки, пока работа в радость — нужно работать.

— А как вы относитесь к спорту?

— Начиная с уровня где-то кандидата в мастера спорта, — это часто уже больные люди. Сколько я их перевидел. Когда у англичан спрашивают, почему у них нет рекордсменов, они говорят, что занимаются спортом ради здоровья, а не ради рекордов. Но в чем я убежден, так это в том, что ходить, гулять, делать зарядку только в том случае полезно, если

это доставляет удовольствие. Если человек делает зарядку под крики жены: «Ты должен заниматься, тебе врач прописал», а он это все люто ненавидит, я не верю, что это пойдет на пользу.

— Избыточный вес — это настолько вредно, насколько об этом говорят?

— Я не знаю, что скажут специалисты на этот счет. Я скажу свое мнение. Есть группа людей, которым он определенно не мешает. Говорят же, что есть ожирение, которому завидуют, которому сочувствуют и над которым смеются. Есть люди, которым не мешает их ожирение, они с ним справляются.

— Их лечить не нужно?

— Конечно, их нужно вообще в покое оставить. Есть табличные расчеты оптимального веса, но жизнь учит, что достичь табличного веса очень непросто, мягко говоря, и что если ты видишь, что человеку, предположим, нужно похудеть на 15 кг, он похудел на 5 и стал другим человеком, ну и остановись и радуйся, что ты получил такой хороший результат. Что-то у нас какая-то ерунда получилась, я не знаю, что вы со всем этим сделаете.

— Все отлично получится.

...ко мне пришел пациент, который сказал: «Абрам Львович, я так к вам рвался, так рвался». Я, конечно, весь раздулся от гордости. А он говорит: «Вы единственный доктор, который разрешает пить».

...если ты видишь, что человеку, предположим, нужно похудеть на 15 кг, он похудел на 5 и стал другим человеком, ну и остановись и радуйся...

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

— Все отлично получится.

Интервью

В августе 2005 года началось формирование новых стандартов медицинской помощи

В августе месяце Министерством здравоохранения и социального развития было подписано около 30 стандартов, касающихся высокотехнологичных и дорогостоящих видов медицинской помощи. Среди них — стандарт лечения больных с остеоартрозом, предусматривающий обязательную операцию в случае госпитализации, причем стоимость эндопротеза заложена в оплачиваемый государством минимум. Стандарт госпитального лечения стенокардии предусматривает высокую частоту проведения коронарографии и операций на коронарных сосудах. Это, по мнению разработчиков, сократит огромное число необоснованных госпитализаций, значительно повысит доступность и качество медицинской помощи. Приоритетность этого направления была обозначена В.В. Путиным 5 сентября 2005 г.

Источник:
собственные данные

Тревожность и нарушенная эмоциональная чувствительность связана с увеличением сердечно-сосудистой смертности после острого инфаркта миокарда, сообщают итальянские ученые

Д-р Клара Карпежани и ее коллеги (Институт клинической психологии CNR, Пиза) изучали психологические особенности личности с помощью вопросника Sixteen Personality Factors Scale и суточную вариабельность сердечного ритма с помощью холтеровского мониторирования у 246 пациентов, выписанных из стационара с диагнозом острого инфаркта миокарда. Наблюдение продолжалось 8 лет; регистрировалась сердечно-сосудистая смертность и частота нефатального повторного инфаркта миокарда.

Повышенная тревожность и нарушенная психологическая адаптация были связаны со снижением вариабельности сердечного ритма. Предикторами 8-летней смертности от сердечных причин были эмоциональный дисбаланс (относительный риск 4,18), чувство незащищенности, тахикардия, снижение высоко- и низкочастотных (относительный риск 2,76) показателей вариабельности сердечного ритма, а также тип инфаркта (с Q или без Q) и длительность госпитализации.

Источник:
Europ. Heart. J. 2005; 26: 1612-7.

Одна из калифорнийских компаний решила коммерциализировать заготовку, хранение и дальнейшее использование женского грудного молока

Как заявила руководитель компании Елена Медо (Elena Medo), она намерена организовать сбор донорского молока, его переработку и продажу лечебным учреждениям, например, для выхаживания недоношенных младенцев.

По мнению Медо, в грудном молоке содержится более 100 тысяч разнообразных компонентов, а мы знаем о свойствах лишь нескольких тысяч из них. Она подчеркнула, что не считает правильным лишать других детей, у которых нет возможности естественного питания, этого ценного продукта. Кроме того, она надеется в будущем разработать различные лекарственные препараты на основе женского молока.

До этого момента донорским женским молоком занимались несколько некоммерческих организаций, и то только на местном уровне, никакой централизованной системы в США не существовало.

Источник:
Медновости.ру

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (оценка, выбор медицинских технологий управления качеством медицинской помощи)

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников. Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевое — дешево, а дорогое — дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система — ответы на эти вопросы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития.

Книга адресована практическим врачам, главным врачам, начмедам, клиническим фармакологами, членам формулярных комиссий.



Главный редактор П.А. Воробьев

ИнтерНьюс

Прекращение приема аспирина (например, перед предстоящей операцией) может принести больше вреда, чем пользы: при этом существенно повышается риск ишемического инсульта

Д-р Александр Бальзано Маулаз и его коллеги (Университетский Клинический Центр Водоиз, Лозанна, Швейцария) напоминают, что большинство врачей считают, что отмена аспирина требуется перед операциями, при кровотечениях, деменции и т.д. Авторы выполнили исследование «случай-контроль», куда вошли 309 пациентов с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой, предварительно принимавшие аспирин, а также 309 сопоставимых по возрасту и полу лиц из группы контроля. В группе контроля участники также принимали аспирин, однако у них не развивался инсульт или транзиторная ишемическая атака. Регистрировалась регулярность приема аспирина за 4 недели до инсульта (основная группа) или до интервью (в группе контроля).

Выяснилось, что 13 пациентов (4,2%) прекратили прием аспирина за 4 недели до инсульта или транзиторной ишемической атаки по сравнению с 4 (1,3%) в группе контроля. После поправки на вмешивающиеся факторы оказалось, что прекращение приема аспирина ассоциируется с повышением риска инсульта или транзиторной ишемической атаки: отношение шансов 3,4. В основной группе была выше распространенность коронарной патологии, чем в контрольной группе — 36% против 18%. Впрочем, эти различия не были статистически достоверными при включении в анализ только лиц, прекративших прием аспирина: 46% против 25%.

По мнению авторов, прекращение антиагрегантной терапии у больных с ИБС не всегда является оптимальным решением и требует дальнейшего изучения.

Источник:

Arch. Neurol. 2005; 26: 1217-20.

Переливание крови в анамнезе может быть фактором риска фатального инсульта и сердечно-сосудистых событий

Ранее д-р Шигеки Ямада и его коллеги (Школа Медицины Университета Киото) продемонстрировали, что гемотрансфузия в анамнезе является значимым фактором риска смерти от субарахноидального кровоизлияния у японских мужчин. Интересна концепция авторов: причинами подобной связи они считают иммуномодуляцию или хроническое воспаление, вызванное инфекцией, занесенной при переливании крови. Поскольку воспаление связано с атеросклерозом, гемотрансфузии могут повышать риск и других подтипов инсульта, а также прочих сердечно-сосудистых заболеваний.

В рамках исследования JACC (Japanese Collaborative Cohort Study) авторы проанализировали данные 88312 человек 40–79 лет, исходно не имевших в анамнезе инсульта, заболеваний сердца и рака (1988–90 гг.). У всех участников собирался подробный анамнез, в том числе сведения о гемотрансфузиях. Наблюдение продолжалось вплоть до 1999 г. До включения в исследование кровь переливалась 9361 участнику (10,6%). За 10 лет наблюдения 309 пациентов умерли от внутримозгового кровоизлияния, 587 — от ишемического инсульта и 472 — от ИБС. В каждом случае достоверным фактором риска являлась гемотрансфузия в анамнезе, даже после поправки на традиционные факторы риска.

Источник:

Cerebrovasc. Dis. 2005; 20: 164-71.

3 июня 2005 г. в редакции Вестника Московского городского научного общества терапевтов состоялась беседа с членом Правления МГНОТ, членом корреспондентом РАМН профессором Е.Е. Гогиным. Беседу вели директор издательства Ньюдиамед В.А. Буланова и ответственный секретарь Вестника МГНОТ А.В. Власова.

— Евгений Евгеньевич, Вы были чемпионом Военно-морской академии по штанге, ездили когда-то на мотоцикле, как Вы относитесь к езде на мотоцикле сейчас?

— Давайте договоримся: не люблю давать интервью. Поэтому лучше я буду говорить о развитии медицины, в частности, гипертонической болезни.

— Напрасно, страна должна знать своих героев.

— Нет, нет, — я не герой. Мою медицинскую направленность, безусловно, определило то, что я врач в 3-м поколении, мой сын Григорий — в 4-м. Моя бабушка была врачом-хирургом (много работала «на тифе», я о ней писал в моих книгах), мама — хирург. Мама и отец учились вместе в Петроградском медицинском институте, но отец выбрал себе крайне «неудачную» специальность для того сложного времени — микробиолог, поэтому его медицинская деятельность оборвалась в 1938 году. Мама работала у Юдина Сергея Сергеевича, она стала потом доктором медицинских наук, прожила очень трудную жизнь, некоторое время возглавляла Институт скорой медицинской помощи Петербурга, после того, когда она ко мне переехала.

Мой медицинский выбор был безусловно предопределен. Я поступил в медицинский институт, мне не было еще 16 лет: рано кончил школу — шагал через класс.

— Евгений Евгеньевич, в связи с празднованием 60-летия Победы вспомним Великую Отечественную войну. Вы были на фронте?

— Нет, в боях не участвовал, участие нашего курса в войне было иным. В 1943 году (мне не было еще и 17) я подал заявление в армию и был направлен в Военно-морскую Медицинскую Академию. Она в то время находилась в эвакуации в Кирове (Вятке). Со 2-го курса Академии, летом 1944 г. мы вернулись в Ленинград, с которого только что была снята блокада. Академия была в значительной степени разрушена, мы ее должны были восстанавливать. Первое, что нужно было, позаботиться о том, как топить, и мы были направлены на лесозаготовку на ораниенбаумский плацдарм. Он простоял на протяжении всей войны. Немцы ведь рассчитывали, что они возьмут сходку Ленинград, с запада подойдет к нему. Они и пошли так, но не учли, что там стоят флотские батареи, те самые «Серая лошадь» и «Красная горка», и они перекрывают значительный кусок рядом с Кронштадтом. Там эта немецкая тактика — собрать мощный танковый удар и пробить любую оборону — провалилась. Наши все время удивлялись тому, что появились какие-то флотские и лазили по соснам, они не могли понять — для чего это делают. Это были наводчики батарей.

— Так Вы с Федором Ивановичем Комаровым вместе учились?

— Нет, не совсем, он был на два курса старше меня. Он открыл дорогу на мраморную доску в ВМА, я ее продолжил. В 1948 году я окончил ВМА. Был направлен на дивизион тральщиков, был дивизионным врачом. У меня было 11 корабликов (маленьких стотонников), по 12 человек на корабле. Мы участвовали в тралении на Балтике, за Хельсинки.

— Вы же были флотским доктором, под Вашим присмотром было 120 человек. Какое Вы имели отношение к разминированию? Они — моряки — разминировали, а Вы-то зачем в этом участвовали?

— Во-первых, не они, а мы разминировали. Врачом был я один, на одном из кораблей, он шел и я шел с ним.

ЛИЧНОСТЬ

— То есть хочешь, не хочешь — участвуешь?

— Хочешь, не хочешь — участвуешь. Главная задача наша была разминирование района Усть-Нарвы. В этот момент было несколько неприятных случаев. Один из наших самых крупных крейсеров, которые остались после войны, шел в Таллин, уже по протраленной дорожке, и подрывался. Потому, что немцы набросали туда подводные мины, те мины, которые пропускали до 12-ти проходов: 11 раз проходишь, на 12-й она может взорваться, там тонна взрывчатого вещества, и поэтому эффект совершенно понятен. Вот мы это и разминировали, одновременно и их мины, и наши. Часть мин были так называемые якорные мины, то есть якорь стоит тяжелый, там какой-то предмет, затем тянется трос, и на глубине примерно 2-3 метров находится сама мина. Крупный корабль задевает эту мину и подрывается. И третий вид мин — так называемые плавающие мины, когда от времени они оторвались, но не взорвались и плавают, их надо подрывать. Тральщики тянут за собой кабель, по которому пропущен ток и который создает импульс: нужно 12 раз пройти по этому месту и обеспечить взрыв («пахари моря»).

— Объясните, пожалуйста, что за странная организация медицинской службы, зачем врачу во всем этом участвовать?

— А как же! Дивизион уйдет. А я?!

— То есть Вы там находились на случай необходимости оказания помощи?

— Конечно. Я был молод, и мне самому все это было очень интересно, особенно когда плавающие мины. То кто-то должен идти на ялик, такая маленькая шлюпка, на которой один гребет, а второй должен прицепить заряд на мину, подвесить на рога. Мина — черная, а из нее торчат, как рога, взрыватели. И вот на эти рога нужно повесить взрывчатый пакет и отойти. Бикфордов шнур делается недлинным. Значит нужно подойти, повесить. Мне это скорее нравилось.

— Такая же острота ощущений, как при езде на мотоцикле?

— ...

— Так вот, их еще можно было

расстреливать из пушки. Но тогда мина могла не взорваться, можно ее повредить, и она станет еще



Е.Е. Гогин

Страна должна знать своих героев

опаснее. Поэтому навешивали вручную, поджигали шнур и отходили, как только подвешен этот заряд, на небольшое расстояние, ложились. Дальние осколки перелетают через нас, а ближние не долетают, — известно расстояние, на которое нужно отойти. А затем начинался праздник, во-первых, всем платили за эту мину, не тому, кто подходил, а всей команде корабля, которая там находилась в этот момент, а главное, что глушилась рыба, и огромное количество рыб всплывало, а мы тут же начинали собирать эту рыбу.

Хуже, когда подрывалась мощная мина, это повреждало кораблик, хотя он и находился на расстоянии. Командиром этого дивизиона был старый моряк, который тралил во время войны, их таких осталось немного. На Черноморском флоте в это время произошла такая история: собрали всех специалистов, командиров дивизионов, на одном корабле, по поводу какого-то ЧП, какое-то совещание было, а трал не выбрали, корабль дрейфовал и в этот момент произошел как раз подрыв, остался жив только один впередсмотрящий, стоявший на носу, поэтому все остальные погибли, весь состав дивизионных командиров тральщиков. Это была очень грустное событие.

Продолжение на стр. 7 ↗



«ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ»

Под ред. профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Лекции, созданные лучшими специалистами в геронтологии, гериатрии, терапии, врачами всех специальностей, чьи пациенты — пожилые люди.

Фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики и лечения, социальные вопросы — все это предназначено для врачей, кто видит проблему пожилого человека стратегически важной.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ**

от 22.09.2004 г.

Председатель: академик А.И. Воробьев
Секретарь: к.м.н. Е.Н. Кочина

Повестка дня:

1. Академик РАН и РАМН, проф. М.И. Давыдов.
Успехи современной онкохирургии.
(ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН).

Проблема предупреждения, диагностики и лечения рака объединяет ученых различных областей знаний. Ежегодно у 10 млн человек в мире выявляют онкологические заболевания. Совокупная летальность по причине опухолевой патологии занимает третье место среди других причин смерти. Сегодня онкология является наиболее мультидисциплинарной областью фундаментальной и клинической медицины.

Основные методы лечения опухолевых заболеваний — хирургический, лучевой, лекарственный, комбинированный и комплексный. Комбинированный метод лечения включает в себя два, например, хирургический и лучевой, а комплексный — более двух методов лечения, например, хирургический, лучевой и лекарственный. Хирургический метод до сих пор является основным и единственным у трети пациентов с впервые выявленными опухолями, определяя результаты лечения в целом, в том числе при комбинированном лечении. Требования к операции в современной онкохирургии:

- максимальная безопасность вмешательства: правильный выбор оперативного доступа и объема хирургического вмешательства, рациональные приемы мобилизации и обработки смежных органов, формирование надежных анастомозов;

- онкологическая адекватность: мобилизация «острым путем» по принципу от сосуда к пораженному органу, правильная последовательность мобилизации пораженного органа с целью профилактики интраоперационной диссеминации, моноблочный принцип лимфодиссекции;

- высокая функциональность: выбор рационального метода пластики. Например, формирование антирефлюксного анастомоза при операциях на пищеводе.

Стратегия современной онкохирургии — увеличение продолжительности и качества жизни больных. Подробно рассказано о тактике, проблемах и перспективах развития хирургического лечения при раке желудка, легкого, пищевода, почки. Операции, находившиеся за гранью возможного всего несколько десятков лет назад, стали сегодня более реальными — удаление опухолевого тромба трансдиафрагмальным доступом при работающем сердце, субтотальная резекция нижней полой вены, экстракорпоральное удаление рака единственной почки. Те, что кажутся невозможными сегодня, должны стать выполнимыми завтра. Отдельное внимание уделено вопросам своевременной диагностики опухолей.

Вопросы докладчику:

Р.М. Заславская: Есть ли успехи в лечении рака поджелудочной железы?

Ответ: Рак поджелудочной железы выявляется поздно. Очень часто он скрывается под псевдотуморозной формой панкреатита. Выживаемость после хирургического лечения плохая. В моей практике единственный больной, который живет более 6 лет после операции

В.С. Шавлохов: Как вы относитесь к паллиативным операциям? Как решается проблема рефлюксной болезни после операций на пищеводе, желудке?

Ответ: Задача продления жизни стоит перед врачом чаще, поэтому нужно их выполнять, причем они не должны отличаться по качеству от радикальных операций.

В момент операции формируется антирефлюксный анастомоз, причем технически достаточно просто.

В.Г. Савченко: Не кажется ли Вам, что с успехами современной онкологии стадирование опухоли в классическом варианте TNM не всегда имеет значение?

Ответ: Иногда да, но это нужно для общего понимания и разработки стандартов оказания помощи.

Обсуждение:

С.Р. Караголян: В докладе обобщен колоссальный опыт, показаны результаты виртуозной работы огромного коллектива. В то же время необходимо проводить просветительскую работу, направленную на повышение квалификации первичного звена — врачей поликлиники. Это видно из приведенных данных о задержке обращения к онкологу больных раком легких (3–6 мес).

Р.М. Заславская: Хочу поблагодарить М.И. Давыдова за блестящий доклад, в котором уделено особое внимание эпизодам поздней диагностики опухолевых заболеваний. При современных диагностических возможностях такого быть не должно.

А.И. Воробьев: К вопросу об опухолевых тромбозах. Опухоль продуцирует тканевый тромбопластин, следствие этого — тромбозы. Такие больные не попадают к онкологам. Опухоль может быть очень маленькой. Это довольно редкая вещь, но о ней необходимо помнить. Как и о том, что при небольшом раке может быть тотально обсеменен костный мозг. Опухоль — клональная ткань, где функция отдельной клетки возведена в определенную степень. Здесь же проходит граница общей онкологии и гематологии. Опухоли из стволовых клеток сразу имеют способность к переносу, диссеминации. Раки же, по видимому, могут обрести способность к переносу в процессе прогрессии. Это определяет терапевтические возможности.

Когда мы планировали доклад, то хотели привлечь внимание врачей-терапевтов, которые первыми видят пациента. Важна диагностика еще до появления симптомов осложнений. Помимо развития хирургического лечения необходимо развивать профилактическое направление, опираясь на опыт советского здравоохранения. Национальная задача — изменить смертность от опухолевых заболеваний. Спасибо за внимание!

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ**

от 16.12.2004 г.

Сопредседатели секции: главный кардиолог МЗ РФ, член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков; проф. В.А. Сандриков; проф. М.Г. Глезер
Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев
Секретарь: к.м.н. Л.А. Положенкова

Круглый стол:

«Артериальная гипертония в больнице и дома».

Заседание открыла *М.Г. Глезер*. Поздравив присутствующих с наступающим Новым годом, пожелала всем здоровья, удачи, творческих успехов, предоставив слово докладчикам:
Проф. Савенков М.П. (зав. кафедрой РГУ).

Артериальная гипертония составляет 30–40% от всех сердечно-сосудистых заболеваний. В докладе изложены принципы амбулаторного и стационарного лечения больных артериальной гипертонией с учетом правовых аспектов и национальных особенностей россиян.

Обратил внимание слушателей на необходимость лечения больных с учетом новых законов РФ, особо отметив, что не важно, где лечится больной: дома или в стационаре, а важно знать, кто несет ответственность за его лечение. По новому закону — лечащий врач, который обязан информировать больного о его заболевании, назначая лекарства, должен отмечать не только его положительные стороны, но и возможные нежелательные побочные эффекты, обязательно осветить экономическую сторону лечения: рекомендовал комплексное (комбинированное) лечение больных артериальной гипертонией, как амбулаторно, так и стационарно. Определив схемы лечения, обеспечивающие целевой уровень артериального давления (<140/90 мм рт. ст.), выделил наиболее эффективные препараты — «Ранитек» и «Ко-ранитек». Однако обратил внимание врачей на необходимость объяснения больным о вреде факторов риска развития артериальной гипертонии:

Продолжение на стр. 6 ➔

ИнтерНьюс

Терапия депрессии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина снижает риск смерти и повторного инфаркта у больных, перенесших острый инфаркт миокарда

Применение антидепрессантов у больных с сердечно-сосудистой патологией до сих пор остается спорным вопросом, отмечают доктор С. Барр Тэйлор и его коллеги (Стэнфордский Медицинский Центр, Калифорния). В ряде исследований было показано, что прием трициклических антидепрессантов повышает сердечно-сосудистый риск; другие исследования продемонстрировали снижение этого риска при терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Авторы проанализировали результаты исследования ENRICH (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease), показавшего эффективность когнитивной терапии в уменьшении выраженности депрессивной симптоматики, но не в отношении смертности. Из 1834 перенесших острый инфаркт миокарда больных с депрессией 446 принимали антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (n = 301) либо другие антидепрессанты (n = 145). За среднее время наблюдения 29 месяцев было зарегистрировано 457 фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий. Умерли или перенесли повторный инфаркт миокарда 26% пациентов, не получавших антидепрессанты, и 21,5% больных, принимавших эти препараты. После поправки на исходную выраженность депрессивной симптоматики и сердечно-сосудистого риска прием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина ассоциировался со снижением риска смерти или повторного инфаркта миокарда на 43% по сравнению с отсутствием терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (19,6% против 25,5%), а также со снижением риска смерти на 41% (7% против 9,7%) или повторного инфаркта миокарда на 47% (15% против 19,3%). Положительный эффект приема других антидепрессантов обладал пограничной статистической значимостью.

Источник:

Arch. Gen. Psychiatry
2005; 62: 792-8.

В Италии в продажу поступило устройство, позволяющее быстро определять отцовство

Продавцы утверждают, что в 99,9% случаях оно гарантирует правильный результат. «Набор отца» состоит из двух тампонов, пластикового пакета и сумочки. Тампоны используют для сбора слюны ребенка и его предполагаемого отца. Тампоны помещаются в пластиковый пакет и в сумочку, которую необходимо отправить в фирму-производителя. Последняя направляет анализ в спецлабораторию в Лондоне. В течение максимум 7 рабочих дней после получения анализа фирма извещает клиента по электронной почте, существует ли родственная связь между ним и ребенком.

Принимая во внимание деликатность исследования, многие уже поставили под сомнение легальность результатов такого анализа. По свидетельству автора проекта Аурелио Копполи, он не силен в юридических вопросах, а юристы, с которыми он консультировался перед запуском продукта, так и не смогли дать ему убедительного ответа на этот вопрос.

Источник:

Medlinks.ru

**СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ
ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ
ТРАНСФУЗИОЛОГИИ**

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Для клинических и производственных трансфузиологов.

Полное собрание нормативных документов (полнотекстовые версии) по производственной и клинической трансфузиологии за последние 30 лет. Книга — результат поиска документов в архивах Минздрава России, медицинских организаций, правовых баз данных. Книга уникальна полнотой представленного материала. Каждый найдет здесь то, что пригодится ему в работе: нормы расхода, штатное расписание, правила переливания компонентов крови и инструкцию по лечению Краш — синдрома, многие документы ранее не публиковались.



ИнтерНьюс

Роль табачного дыма в развитии аллергических болезней у детей по данным Европейского бюро ВОЗ

Ежегодно на сайтах Европейского бюро ВОЗ публикуются материалы отчетов, касающиеся различных аспектов аллергических болезней у детей. Так, в отчете от 2003 г. «Опасные факторы окружающей среды вызывают аллергические нарушения у детей» Тамбурлини Дж. и соавт. говорится о взаимосвязи генетических факторов и факторов окружающей среды, приводящих к развитию и обострению аллергии. В отчете говорится о том, что европейские дети грудного возраста проводят до 90% своего времени в закрытых помещениях. При этом они подвергаются воздействию загрязняющих веществ, находящихся внутри помещений: табачного дыма, продуктов сгорания биомассы, влажности, домашней пыли, эпидермальных аллергенов, а также частично попадающих внутрь жилищ извне загрязняющих веществ. В этой связи табачный дым является одним из основных загрязняющих веществ внутренней экологии жилищ, воздействующих на респираторное здоровье детей. Курение матери повышает риск развития болезней респираторного тракта в первые три года жизни более чем на 50%, а у детей школьного возраста — на 30–40%. Воздействие табачного дыма утяжеляет уже развившееся заболевание, вызывает его обострение и увеличивает расходы на медицинскую помощь. По данным органов здравоохранения Великобритании, курение матерей и количество выкуриваемых ими за день сигарет прямо коррелирует с частотой эпизодов обструктивных состояний у их детей: курение 4 и более сигарет в день повышает риск развития обструкции дыхательных путей у детей на 14%, а выкуривание 14 сигарет и более — уже на 49%.

Источник:
Medlinks.ru

34 года — идеальный для женщины возраст для рождения первого ребенка, считают ученые. Именно к этому возрасту достигается оптимальный баланс между здоровьем женщины и ее материальным благополучием, считает профессор Джон Мировски из Техасского университета

Обследовав 2200 женщин, профессор пришел к выводу, что отсрочка создания семьи и рождения ребенка имеет определенный смысл. Основные проблемы с женским здоровьем начинают уменьшаться с 22 лет, и к 34 годам их становится меньше всего, с 35 лет наблюдается обратный процесс. Именно поэтому Мировски считает, что в любом возрасте женщина, родившая первенца в 34 года, будет на 14 лет моложе по состоянию здоровья, чем родившая в 18 лет. С возрастом женщина относится к своему здоровью более ответственно, ведет себя уже не так рискованно, как в 20 лет, и имеет обычно постоянного полового партнера. Это подтверждается и социологическими данными: в США средний возраст, когда замужние женщины рожают первенца, составляет 25 лет, в Великобритании — 30 лет. Другие специалисты не соглашались с этой доктриной. Сесилия Пайпер из Оксфордского университета считает, что фертильность женщины с 35-летнего возраста начинает снижаться, соответственно, могут быть проблемы с зачатием. Кроме того, возникают проблемы с рождением второго ребенка — возраст 38 лет достаточно проблематичен для беременности.

Источник:
Medicus.ru

Начало на стр. 5

алкоголь, курение, ожирение и др.). Без исключения факторов риска любой препарат может оказаться неэффективным.

Проф. Агеев Ф.Т. (институт кардиологии им. А.Л. Мясникова РКАНПК МЗ РФ).

Приведены результаты «горячей линии» по телефону за 6 месяцев с больными, страдающими артериальной гипертонией, которые лечились в их институте: 80% опрошенных составили «москвичи» в возрасте старше 60 лет; 63% вопросов ассоциированы с артериальной гипертонией. Больные сообщили о своем самочувствии, показателях артериального давления и приеме лекарств (регулярно лечились 75% больных, вообще не лечились — только 3%). Телефонную связь, отметил докладчик, необходимо использовать для увеличения контакта врача с больным, что будет способствовать повышению уровня лечения.

Далее остановился на принципах фармакотерапии больных артериальной гипертонией. Ее основной задачей является не только достижение целевого уровня артериального давления <140/90 мм рт. ст., но и стабильное его поддержание на этом уровне.

Проф. Кобалава Ж.Д. (зав. кафедрой пропедевтики РУДН).

Основное внимание в докладе уделено фармакотерапии больных артериальной гипертонией. Врачи необоснованно много времени тратят на обследование больных, считает докладчик, однако главной их задачей является лечение и необходимость добиваться целевого уровня артериального давления для всех больных с артериальной гипертонией <140/90 мм рт. ст., а для некоторых категорий меньше (например, при сахарном диабете АД — 130/80 мм рт. ст.). Сделан акцент на эффективности комбинированной терапии больных артериальной гипертонией, которая может быть низко- или высокородозовой и подлежит «титрованию».

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

Представила собственные данные амбулаторного лечения больных с артериальной гипертонией. Результаты свидетельствуют об высокой эффективности. Этому способствует прежде всего увеличение (до 20 минут) времени приема одного больного (в районной поликлинике — 13 минут) и разработанных схем ком-

плексного лечения (бета-адреноблокаторы, иАПФ, диуретики, статины и т.д.) с постоянной коррекцией доз препаратов и контролем уровня артериального давления.

В заключение было задано много вопросов, развернулась дискуссия: некоторые присутствующие высказали недоумение по поводу рекомендаций по лечению, сделанных докладчиками на предыдущих заседаниях. Например, проф. А.Л. Верткин на одном из предыдущих заседаний категорично утверждал, что использование сернокислой магнезии, папаверина, дибазола, лазикса для купирования гипертонического криза абсолютно неправильно. Эти препараты «не работают», показаны только иАПФ (Энап). Как быть участковому врачу?

Ж.Д. Кобалава: «Не согласна с таким положением, т.к. для каждого препарата есть своя ниша. Если пациентка — беременная женщина с энцефалопатией и высоким артериальным давлением, то следует вводить сульфат магния».

М.Г. Глезер: «Если у вас больной с высоким артериальным давлением и острой левожелудочковой недостаточностью, то без введения лазикса обойтись невозможно».

Комментарий П.А. Воробьева: В современных условиях практический врач должен исходить не из агрессивной рекомендации того или иного нового лекарственного препарата или его стоимости («чем дороже, тем лучше»), а только с позиции медицины доказательств, а также стандартов, которые разработаны по лечению заболеваний.

На вопрос «Что Вас привлекает в заседаниях Кардиологической секции МГНОТ» ответили 70 человек

Варианты ответов	%
Актуальность обсуждаемых тем заседаний	93
«Живой» характер дискуссии во время заседания	79
Возможность продолжить дискуссию после заседания	41
Фуршет	37
Подарки постоянным участникам заседаний	39
Личности председателей секции	57
Личность оппонента	23
Интерактивный опрос	21
Мой приход на заседания стимулируют спонсоры	14
Другое	
Продолжить заседания в 2005 году	30

Заседание закончилось награждением участников кардиологической секции, сертификатами и ценными подарками. Проведен розыгрыш поездок на кардиологические конгрессы в России и за рубежом.



КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Научно-практический медицинский журнал

Для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста.

Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными проблемами, организации здравоохранения, этическими вопросами, законодательством.

Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах; одна из рубрик журнала посвящена творческому долголетию.

Оформить подписку можно:

- по каталогу агентства «Роспечать» (индекс 72767);
- в редакции, заполнив бланк

Бланк-заказ на подписку журнала на 2006 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
Ваш адрес просим указывать печатными буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (обязательно)	1 полугодие	2 полугодие
		Имя журнала	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
		Цена одного номера в руб.	
		100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100	
		Итого (рубли)	

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7,
Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет.
Тел./факс: 118-74-74.

E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdravkniga.net

- В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:
- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки,
- стоимость дана с учетом НДС (10%).



АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ

Автор
профессор П.А. Воробьев

Издательство «Ньюдиамед»

Пособие для практических врачей, которым необходимо решать диагностические и лечебные задачи у постели больного.

Последние достижения в данной сфере; основные закономерности патологии гемостаза; углубленные представления о патогенезе многих заболеваний; новые взгляды на терапевтические подходы; наиболее актуальные с практической точки зрения проблемы; самые сложные теоретические позиции — исчерпывающую информацию о современном состоянии дел с этой тяжелой патологией — студент, интерн, ординатор, практикующий врач найдет в этой книге.

Начало на стр. 4 ↗

— **И как долго Вы тралили?**
 — Я был в двух кампаниях, 49-го и 50-го годов. А потом был переведен.
 — **Как Вы все успели? А больных-то лечили когда?**
 — Я сам удивляюсь. Это особый разговор. Зимой мы находились на полуострове Поркали Удд. Госпиталь был в 16 км от кораблей. Осуществляли охрану водного района. Там был целый ряд поселков. Когда начиналась зима, они оказывались в изоляции, то есть я, по сути, был земским врачом. Там и семьи офицеров, и стройотряды.
 — **И местное население?**
 — Нет, местных жителей там отселили. Тогда я боялся только одного, что вызовут на роды, и надо будет делать поворот на ножку. Я знал, что надо делать, но я никогда не делал, и я этого всерьез боялся. Со всем другим я справлялся.
 — **Так удалось осуществить поворот на ножку?**
 — Не пришлось, и сейчас не умею. Вообще многое из того, что делал тогда, сейчас бы уже не смог. Жизнь очень интересная штука. Это был очень интересный период, он оставил самые светлые воспоминания.
 — **И когда он закончился?**
 — Я был переведен в военный госпиталь в Ленинград, там проработал 3 года и потом поступил в адъюнктуру. Первая моя монография была по перикардитам.

сердца. А ситуация в том заключается, что если идешь прямо через межреберье, то какой бы вы не делали тупой срез иглы, он все равно коснется сердца. А сердце каждый удар, даже при большом выпоте, отбрасывается к передней грудной стенке, прилежит к ней самым тонкостенным предсердием. Наколось на иглу — и образуется скарифицирующий разрез значительных размеров, до 2 см в длину. И все — смерть.

— **Монография была написана уже после защиты кандидатской?**

— Да. А после того, как произошли события на подводной лодке, мы столкнулись с такой формой лучевой болезни, которую еще не знали. Раньше Институт биофизики в Москве этим занимался, они многое уже к тому времени знали, но с такой формой лучевой болезни — не встречались. Самых тяжелых больных — 6 человек — привезли к ним. Они имели несовместимые с жизнью поражения, все и погибли.

А остальные, почти 130 человек, поступили в Ленинград, где есть спец. отделения. Туда бросили две кафедры, и мы эту работу проводили.

— **А не было людей, которые умели лечить лучевую болезнь?**

— Нет, не было специалистов, которые наблюдали бы пострадавших в атмосфере радиационных газов.

— **А почему их всех не принял Московский институт, там коек не хватало?**

Внимание, конкурс.

«Тезис...о почетной бедности стал мишенью для насмешек. Почетно только богатство. Шапки долой перед золотом! Деньги, дворцы, особняки, земля, собственность — вот вечные ценности, заслуживающие поклонения.»

Автор, произведение?

Назавшему — приз 1000 рублей. Приз вручается на Пленарном заседании МГНОТ. При ответе обязательно пишите свои координаты: имя, отчество, фамилия, почтовый адрес с кодом и телефон, место работы и должность. В отличие от предыдущих конкурсов в ответе на вопрос могут принять участие все желающие.

— **А кандидатская на какую тему была?**
 — Кандидатская моя была о кровообращении при острых пневмониях, в то время было очень много острых пневмоний, и вот на эту тему я писал.
 — **А докторская?**
 — Докторскую я планировал по гипертонии малого круга, мы начали исследование, и тут авария на атомной подводной лодке. Это был 1961 год. Меня тут же бросили на лечение пострадавших — это был весь экипаж. Это был первый и очень сложный случай. Я раньше не занимался этим.
 После того, как я работал в госпитале, мне захотелось на женщин посмотреть. Вообще женщины интересней болеют, чем мужчины. Поэтому работать в академии стал именно в женском отделении. Ну, а с перикардитом я работал в том самом женском корпусе, в котором работал В.И. Керниг, блестящий врач, впервые описавший перикардит после грудной жабы. Потом С.П. Боткин перенес такой перикардит в исходе инфаркта миокарда. Мы начали пунктировать перикардит при тампонаде сердца — тогда это делали только терапевты. И на этом основании была написана монография, которая и сейчас значения не потеряла: очень большой реальный опыт — более 100 пункций. Мы собирали специально этих больных, ни одного осложнения пункции не было. Надо только правильно пунктировать, весь вопрос только в этом.
 Мне два раза пришлось участвовать в комиссии, где в хирургической клинике при пункции произошло ранение

— Вот это я не знаю. Флот так решил, что будем лечить этих больных сами. Они из Москвы к нам приезжали, учили.

— **А это где-то напечатано?**

— Нет, это вообще только недавно рассекретили.

— **Пострадавшие чем-нибудь отличались от больных, ну, скажем, из Чернобыля?**

— От чернобыльских по существу мало чем отличались, только Чернобыль был после этого через 25 лет. Специалисты Института биофизики с нами постоянно спорили, но, приехав, увидели то, что мы им говорили, воочию. У нас с ними были очень сложные отношения.

— **Андрей Иванович Воробьев там был уже?**

— Когда был Андрей Иванович — это было позже — с ними стало можно говорить, а до этого была Ангелина Ивановна Гуськова, которая к этому моменту уже была лауреат Ленинской премии. Они были очень большими специалистами и действительно знали лучевую болезнь, но совершенно другую — которая возникает от жестких излучений, при атомных взрывах. Они знали лабораторную лучевую катастрофу, когда сидит человек у маленького лабораторного реактора — экспериментирует, руки у него находятся вблизи излучения, если там возникает внештатная реакция, то очень большие дозы гамма-излучения попадают на руки локально. А сам человек получает облучение уже существенно меньше, мощность облучения падает

Продолжение на стр. 8 ↗

ИнтерНьюс

У больных с гипертонией в анамнезе сильнее нарушаются когнитивные функции после инсульта, чем у исходно нормотензивных пациентов

Доктором Элиз Ровэн и ее коллегами (Newcastle General Hospital, Великобритания) ранее показали связь между аллелью ApoE4 и нарушением когнитивных функций после инсульта. Другим фактором риска нарушения памяти и других когнитивных функций была исходная артериальная гипертония. Эти два фактора могут быть связаны между собой: ApoE4 может повышать риск развития артериальной гипертонии и каротидного атеросклероза. И артериальная гипертония, и ApoE4 могут предрасполагать к развитию поражений белого вещества головного мозга, которые, в свою очередь, приводят к нарушению когнитивных функций. Авторы наблюдали за 257 пациентами 75 лет и старше, без деменции, недавно перенесшими инсульт. Через 3 месяца после инсульта когнитивные функции оценивались по шкале CAMCOG (Cambridge Assessment for Mental Disorders in the Elderly). Проводился скрининг в отношении аллели ApoE4; регистрировалось наличие артериальной гипертонии. В целом, у 148 пациентов (58%) артериальная гипертония имела до инсульта; 66 человек (26%) были носителями аллели ApoE4. Показатели шкалы CAMCOG были достоверно ниже у гипертоников по сравнению с нормотониками: 85 и 87 соответственно. Эти различия оставались значимыми и после поправки на возраст и пол. Связи между ApoE4 и постинсультными нарушениями когнитивных функций, напротив, отмечено не было. Не исключено, что в обследованной популяции высокая распространенность антигипертензивной терапии ослабила влияние аллели ApoE4 на уровень холестерина в головном мозге и состояние когнитивных функций.

Источник:
 Stroke 2005;
 early online publication.

Как установили американские ученые, активное и пассивное курение в подростковом возрасте связано с развитием метаболического синдрома

Доктор Мишель Вейцман и его коллеги (Центр исследования здоровья детей, Рочестер, Нью-Йорк) проанализировали данные 2273 подростков 12–19 лет — участников исследования NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey). Метаболический синдром диагностировался при наличии 3 и более критериев National Cholesterol Education Panel: увеличение окружности талии, повышение давления, гипертриглицеридемия, снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности, гипергликемия натощак. Контакт с табачным дымом регистрировался по наличию в доме курильщиков и уровню котинина — метаболита никотина. У двух третей некурящих участников уровни котинина составляли от 0,05 до 15 нг/мл, что свидетельствовало о пассивном курении.

Метаболический синдром был диагностирован у 5,6% участников, в том числе у 1,2% некурящих, 5,4% пассивных курильщиков и 8,7% активных курильщиков. Среди лиц с избыточным весом или ожирением эта связь была еще более выраженной: 5,6%, 19,6% и 23,6%, соответственно. Оказалось, что активное и пассивное курение независимо связано с метаболическим синдромом: отношение шансов 6,1 и 4,7, соответственно.

По мнению авторов, курение и ожирение сами по себе являются ведущими причинами предотвратимой смертности в США, а полученные данные имеют большое значение для разработки комплекса эффективной профилактики.

Источник:
 Circulation 2005; 112: 862-9

СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2005 год



СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2005 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «НьюДиамед»

Справочник Формулярного комитета включает только жизненно необходимые лекарственные средства, которые на протяжении многих лет отбирались Формулярным комитетом для Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Справочник содержит сведения о 416 лекарственных средствах.

Формулярные статьи прошли тщательную экспертизу и содержат стандартизированные по форме и содержанию сведения о применении лекарственного средства, включая правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала. Справочник обеспечивает практикующих врачей адекватными и достоверными данными по применению наиболее эффективных лекарственных средств. Справочник может быть использован для составления формуляра территории или медицинской организации. Информация по применению лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании!

ИнтерНьюс

Внедрение стандарта «Сердечная недостаточность» в практику терапевтического отделения Центральной поликлиники ФСБ привело к снижению общих затрат на ведение больных сердечной недостаточностью в 1,3 раза в сравнении с типичной практикой

Произошло перераспределение соотношения затрат в части «диагностические услуги/лекарственные средства», сокращение общего перечня используемых препаратов на 15,2%, увеличение затрат на препараты группы V при сокращении расходов на второстепенные – это свидетельствует об оптимизации лекарственной терапии. Таким образом, показана возможность эффективного внедрения данного стандарта в амбулаторно-поликлинической практике оказания медицинской помощи.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, №7.

Американка шесть месяцев не знала о беременности и родила дочь спустя несколько часов после того, как врачи объявили ей об этом

37-летняя Аннис Аллен, которая прибыла в госпиталь в Лонг-Бич в Калифорнии с жалобами на боль в животе, обнаружила, что была беременна. После короткого обследования врачи объявили ей, что она находится на шестом месяце беременности. Спустя три часа она родила девочку весом около 700 г. При этом Аннис и ее муж Джимми думали, что не смогут иметь детей после нескольких неудачных попыток завести ребенка. Маму с ребенком уже выписали из больницы.

На вопрос, как же она не знала о своей беременности, она сказала, что обычно у нее болел желудок, а что касается размеров одежды, то она все это время оставалась в одной комплекции.

Источник:

Newsru.com

Каждый пятый больной с фибрилляцией предсердий страдает от прединсультной деменции. Особенно часто эта проблема возникает у пожилых пациентов

Д-р С. Лефевре и его коллеги (Клиника Рожера Саленгро, Лилльский Университет, Франция) в рамках проекта SAFE (Stroke in Atrial Fibrillation Ensemble) II выполнили обсервационное исследование, куда вошли больные из Франции и Италии, госпитализировавшиеся с острым инсультом и имевшие в анамнезе подтвержденную фибрилляцию предсердий. Наличие прединсультной депрессии оценивалось с помощью вопросника IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly).

Среди 204 пациентов, включенных в настоящий анализ, у 39 (19,1%) баллы IQCODE были не ниже 104, что свидетельствовало о прединсультной деменции. Единственным независимым предиктором прединсультной деменции был возраст: его увеличению на 1 год соответствовало отношение шансов 1:10. Также отмечалась статистически недостоверная связь риска прединсультной деменции с ранее перенесенным ишемическим инсультом, транзиторной ишемической атакой и гипертонией.

По мнению авторов, приблизительно одна пятая всех больных с неклапанной фибрилляцией предсердий страдает от деменции еще до развития инсульта. Основным предиктором деменции является возраст. Для выявления других предикторов требуется провести крупное когортное исследование.

Источник:

J. Neurol. 2005; early online publication.

В Европе сказали табаку «прощай»

1-го августа сего года, когда все гуляли отпуска, тихо и незаметно произошло эпохальное событие: Европа перестала рекламировать табачные изделия. Подсчитано, что только исключение рекламного воздействия приведет уже в скором времени к сокращению числа курящих на 7%. А если еще и создавать отрицательный образ курящего, не делать курящего героем на телеэкране, как это принято у нас, то можно добиться многого. Если просто запретить курить на рабочем месте, не смотреть на это снисходительно «сквозь пальцы» – число курящих сокращается. Доказано.

Самая активная реклама табака, кроме уличной и телевизионной, была связана со спортивными мероприятиями. Более того, автотранспорт во всем мире держится только за счет рекламы табака. Точнее – держался до 1-го августа. Вероятнее всего, что не рухнет и после введения запрета. Но ведь спорт ассоциируется со здоровьем, следовательно, табак получает ту же ассоциативную связь: табак-спорт-здоровье. Это не просто реклама, это воздействие на подсознание. Недаром вводили запреты на демонстрацию связи курения с молодым возрастом, в рекламе нельзя показывать процесс курения. В рекламе нельзя, а в кино можно?! Причем наше кино, когда-то, вслед за французским, изжило курение с экранов в 70-х годах, а в последнее десятилетие, что ни герой – то курец, куряка. Может быть режиссеры и продюсеры не понимают своей ответственности перед зрителем? Надо им объяснить!

В России запрещено курение на большинстве авиарейсах. Приходится летать иногда по 8–10 часов, и что-то особого бунта не видно. Значит, могут люди не курить? В самолете – страшно, могут сильно оштрафовать, а на работе? И ведь курят и в высших эшелонах медицинской власти: редко какой министр или его зам окажется некурящим. А о врачах и говорить нечего – хирурги курят практически все, терапевты – через одного. Всегда меня интересовал вопрос, как курящий доктор, дыша «смадом болот» изо рта, дает совет больному, например, инфарктом миокарда, бросить курить? Или не дает? Тогда он еще и преступник, так как не делает всего возможного для выздоровления пациента?

Начало на стр. 4

пропорционально квадрату расстояния. Вот эти формы жесткого гамма-облучения они знали.

Я об этом говорю потому, что это самый критический момент, когда мы решительно разошлись в точках зрения, и они нам чуть все не испортили. Когда они приехали к нам и увидели руки наших больных, сказали: немедленно ампутировать. А мы-то видели, как развивается ожог, все стадии процесса.

Когда на подводной лодке происходит тяжелая авария, оплавляются стержни реактора, нарушается теплосъем и вырываются из реактора газы. Это не столько гамма-излучение, сколько бета-излучение – это непроникающее глубоко излучение, вот в этом и была особенность аварии. И пострадавшие получают не только лучевую болезнь, но и радиационные ожоги. С радиационными ожогами специалисты имели дело, они знали об этом по истории с выпадением пепла после плохо обеспеченного испытания водородной бомбы на Маршалловых островах американцами. Там засыпало радиоактивным пеплом все ближайшие острова и японскую шхуну, и те, когда увидели, что падает неведомо что с небес, они это даже на вкус пробовали, что это такое. А потом заболели лучевой болезнью. У них ожоги были за счет бета-излучения. Но бета-частицы тогда легко определялись радиометрически – это ведь был пепел, содержащий длительно живущие частицы. Поэтому московские врачи считали, что раз у больных радиометрически ничего нет, то какие у них могут быть бета-ожоги?

Антиреклама

Сколько раз приходилось выслушивать сказки про то, как не может человек бросить сигареты. Да таких, кто действительно не может, – единицы. А остальные бросают, только когда жаренный петух клонет: случится сосудистая катастрофа или разовьется рак. Очень мало кто продолжает упорствовать в курении после этого. Однако риск заболеть снижается у бросивших курить не раньше, чем через 8–10 лет – об этом мало говорят. Но наша с вами пропаганда ничто в сравнении с массивной рекламной компанией со страниц глянцевого журналов, кинолент, рекламных щитов на останках автобусов и вдоль дорог. С них бодрые дяденьки доходчиво говорят о сладкой жизни с сигаретой в зубах. Или о том, что сигарета прибавляет ума. Только помнить надо, что ковбой с рекламы Мальборо, прокурившись, отдал Богу душу от рака легкого, и не помогла ему лично его бравада на рекламных плакатах. И ума сигарета, как всякий наркотик, добавляет на несколько минут, а потом – отнимает.

Около 10-ти лет назад группой экспертов при депутате Московской городской Думы В.И.Присяжнюк во главе с автором этих строк была предпринята попытка написать закон города, ограничивающий рекламу табака только в этом субъекте. В Москве проживают самые курящие граждане страны, например, почти треть женщин травит себя и окружающих дымом. Всего-то предполагалось, что надпись о вреде курения должна быть равна по размеру надписи с маркой сигарет, сделать возможным выбор из нескольких фраз вместо дежурной «Минздрав предупреждает...», например, «курение ведет к смерти», и что сама реклама не может находиться в особо престижных местах, например, на зданиях, или проектироваться на исторические памятники. Закон даже не рассматривался, так как город, оказывается, не может ограничивать рекламу. Так сказали юристы. Или стоящие за их плечами магнаты и табачные короли.

Не участвует Россия и в нынешней антирекламной компании Европы. Не скоро исчезнут с наших улиц рекламные щиты. Легкие деньги пока остаются дороже человеческой жизни. А жаль... Каждый полученный рубль дохода от рекламы табака оборачивается в конечном счете сотнями рублей убытков государства, затраченных на лечение больных или вследствие недопроизведенной ими общественной пользы. Но не сегодня, а спустя годы. Так что расхлебывать сегодняшний бум табачной рекламы придется другим.

Главный редактор П. Воробьев

А на самом деле излучение шло из отсека, куда проникали радиоактивные газы, главным образом – благородные газы (криптон, ксенон), они очень быстро распадаются, некоторых из них через секунду уже нет, другие существуют минуты, третьи – часы. Уже на следующие дни можно найти на поверхности только йода немножко, потому что йод тоже выходит, он легкоплавкий, период полужизни до 8 дней.

У нас спор и получился из-за этих рук. Они говорят – ампутируйте, а ампутировать руки пришлось бы у пяти человек, самых тяжелых, мы понимали, что нельзя. На следующий день, когда мы их не послушали, – прислали хирурга. Но мы эти руки сохранили, мы видели, как начинается распространение ожога. Понимаете, если б это был гамма-ожог, то ситуация была бы не такая. А кроме того, к этому моменту уже хорошо разобрались с этим: сперва происходит ожог открытых участков, и только потом – под плотным покрытием. Совершенно четко видно было, где кончался рукав, потому что даже ткань обычная защищает от бета-лучей, а уж под ремнем часов совсем не было ожога. Поэтому мы понимали, что это не проникающее излучение. И вы знаете, не только сохранили эти руки, даже никаких рубцов не осталось. Потому что растущие элементы кожи сохраняются в глубине кожи, волосные фолликулы, например, и т.д. Когда сходил эпидермис, как перчатка, после этого ожога, то совершенно не оставалось рубцов. Это видно на снимках, которые мы тогда делали.

Продолжение следует...



ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Утвержденный МЗ РФ, приказ № 233 от 09.06.2003 г.

Издательство «НьюДиамед»

От тромбоэмболии легочной артерии умирает больше людей, чем от аварий на дорогах. Остановим эпидемию тромбоэмболий. Впервые профилактика тромбоэмболии вменена в обязанность при хирургических операциях приказом. Протокол нужно выполнять, а для этого нужно знать, что в нем написано. Тираж ограничен.

Порой случается так, что ни пригоршни лекарственных препаратов, включающих 20–40 и даже 100 таблеток нитроглицерина в сутки, ни повторные курсы стационарного лечения не дают избавления от тяжелых приступов давящих загрудинных болей, вызывающих оцепенение и страх. Спустя несколько минут после очередной порции нитратов приступ проходит, чтобы через некоторое время возобновиться вновь. Далеко зашедшие формы стенокардии развиваются у пациентов, в значительной степени утративших чувствительность к ранее спасительным таблеткам. Проведение у этих стра-

дальцев коронарографии, как правило, выявляет критические степени сужения венечных артерий. Стенозирующие атеросклеротические бляшки уменьшают кровоток в сердечной мышце, снижая доставку энергетических и пластических веществ, не позволяющую восполнить расходы миокарда на работу по кровоснабжению организма.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от А.А. Постникова

СТЕНОКАРДИЯ? ОЧИЩАЕМ КРОВЬ И СОСУДЫ!

Теперь позвольте спросить: «Откуда же берутся эти злополучные атеросклеротические бляшки и что является для них поставщиком холестерина с липопротеидами низкой плотности?» Разумеется, что холестерин доставляется в бляшки с кровью и лишь через кровь возможно его удаление.

Однако помимо сужения коронарных артерий, на энергообеспечение работающей сердечной мышцы в значительной мере влияют и такие свойства крови, как вязкость, свертываемость, кислородная емкость, скорость перемещения кислорода из крови к тканям, электролитный состав и др. Вот почему целенаправленным изменением свойств крови открывается возможность улучшения обменных процессов в миокарде, снижения тяжести стенокардии.

Вероятно, не случайно еще в XI веке Ибн Сина рекомендовал очищение крови путем кровопускания при болезнях кровеносных сосудов. С начала XX века этот метод стал применяться и в лечении «грудиной жабы». Однако к концу XX века кровопускание уступило место другим методам очищения крови. Так, в 70-е годы в лечении последствий врожденных гиперхолестеринемий стал применяться плазмаферез, при регулярном использовании которого было отмечено рассасывание холестериновых отложений как из кожных кантов, так и из коронарных артерий. В практику лечения стенокардии метод плазмафереза внедрил А.О. Гаврилов в нашем отделении экстренной кардиохирургии, работавшем на базе Городской клинической больницы им. С.П. Боткина – авторское свидетельство № 1084026 от 10 ноября 1981 года. Последующее использование и совершенствование этой трансфузиологической операции было продолжено нами в той же больнице, а затем проводилось в Городской клинической больнице № 81, стационаре дневного пребывания больных ГНЦ РАМН, Медсанчасти № 12, Поликлинике № 78 и Консультативно-диагностическом центре № 6 УЗ САО гор. Москвы.

Действенность плазмафереза с удалением за один сеанс 30–60% объема циркулирующей плазмы (ОЦП), что составляло 800–2200 мл, подтверждена опытом лечения сотен больных стенокардией. Количество сеансов плазмафереза на курс лечения определялось по принципу «минимальной достаточности» и в большинстве случаев ограничивалось одним вмешательством, но при необходимости проводили до пяти процедур с промежутками между ними в одну-две недели. Интервалы между повторными курсами также определялись состоянием больных, с перерывами от полугода до

пяти лет. Плазмаферезы выполнялись на фоне стандартной терапии нитратами, бета-адреноблокаторами, антагонистами кальция, антиагрегантами и антикоагулянтами. Контрольные группы больных, получавших аналогичное лечение, но без плазмафереза, подбирались с учетом возраста, пола и стадии заболевания. Плазмаферез, существенно не влияя на артериальное давление, частоту пульса, содержания электролитов и глюкозы, приводил к снижению на 25% уровня общего белка, на 41% содержания сывороточного холестерина и на 61% – бета-липопротеидов.

Снижение на 7% гематокрита и на 61% уровня фибриногена приводило к уменьшению вязкости крови на 22%; через две недели вязкость оставалась на 13% ниже исходного уровня, а после повторного плазмафереза становилась на 31% ниже исходных данных.

Сразу после плазмафереза отмечено возрастание числа функционирующих капилляров и уменьшение в микрососудах количества эритроцитных агрегатов, а скорость капиллярного кровотока возрастала вдвое. Спустя сутки этот показатель оставался на 18% выше исходного уровня.

Напряжения углекислого газа достоверно снижались на 18% в вене и на 10% в капилляре; напряжение кислорода достоверно возрастало в капилляре на 5%; насыщение гемоглобина кислородом также нарастало в вене на 15%, а в капилляре на 3%.

Плазмаферез приводил к умеренной гипокоагуляции, повышению фибринолитической активности и снижению содержания фибриногена через сутки на 26%, оставаясь через двое суток на 15% ниже исходного уровня.

Количество тромбоцитов убывало в пределах нормального уровня, а их исходно повышенная агрегационная способность через сутки после плазмафереза достоверно снижалась на 47%, приближаясь через двое суток к норме. При исходно сниженном уровне агрегационной способности тромбоцитов после плазмафереза отмечено ее увеличение на 72% с последующей тенденцией к нормализации.

Непрерывная ступенчато возрастающая проба с физической нагрузкой показала увеличение пороговой мощности, максимально достигнутой ЧСС и «двойного произведения» на высоте нагрузки. Однако наибольшая наглядность различий оказалась по общему объему выполненной работы, особенно у больных тяжелой стенокардией. Так, у группы больных стенокардией IV функционального класса (ф.к.) уровень объема выполненной работы через сутки после плазмафереза составил 197%; увеличившись через неделю до 260%; и, наконец, достигнув через две недели уровня в четыре раза выше исхода. В контрольной группе прирост объема выполненной работы был значительно скромнее: через сутки от начала лечения – 6%; через неделю – 60%; достигнув через две недели 77%. К завершению курса по результатам нагрузочных проб 60% больных основной группы переведены из IV в III ф.к. В контрольной группе оснований для подобного перевода не отмечено.

Клинические результаты воздействия плазмафереза у больных стенокардией, имевших до начала лечения в среднем 13 ± 3 ангинозных приступа в сутки, оценивались по изменению тяжести, длительности и частоты приступов, а также величине поддерживающих доз нитроглицерина. Ослабление тяжести и уменьшение длительности приступов после лечения отметили все пациенты. После курса лечения с использованием плазмафереза у 86% больных прекратились приступы в покое и незначительной физической нагрузке, а

ИнтерНьюс

Женщины по-прежнему недостаточно активно включаются в кардиологические исследования

Ученые из Берлинского Медицинского Университета выполнили обзор статей по особенностям фармакотерапии хронической сердечно-сосудистой патологии у женщин с помощью базы данных Medline. Оказалось, что у женщин вдвое чаще, чем у мужчин, развиваются побочные эффекты при приеме препаратов (например, кашель на фоне приема ингибиторов АПФ), возможно, из-за более высоких плазменных уровней препарата. У принимающих антиаритмики женщин чаще развивались проаритмогенные состояния (удлинение QT). На фоне приема дигиталиса смертность у женщин была выше, чем у мужчин. Как сообщает доктор Николин Джохман и ее коллеги, пол влиял и на эффективность аспирина – у женщин были слабее выражены положительные эффекты аспирина в отношении первичной профилактики. Антиромбоцитарное действие клопидогреля также отличалось у мужчин и женщин. В то же время препараты, одинаково эффективные в первичной и вторичной сердечно-сосудистой профилактике у мужчин и женщин, у последних применяются реже. В исследованиях с твердыми конечными точками женщины представлены недостаточно широко; большинство данных для женщин получается путем анализа данных по подгруппам или в мета-анализах.

Источник:

Europ. Heart. J. 2005; 26: 1585-95

У враждебных лиц с метаболическим синдромом инфаркт миокарда развивается вдвое чаще, чем у лиц с каким-то одним из этих факторов риска

Влияние метаболического синдрома, с одной стороны, и психоэмоциональных особенностей, например, враждебности, с другой стороны, на риск инфаркта миокарда изучается давно. Однако влияние комбинации этих факторов до настоящего времени практически не изучалось, констатируют д-р Джон Тодаро и его коллеги (Школа Медицины Brown, Провиденс, Род-Айленд). Авторы обследовали 754 участника проекта Normative Ageing Study – мужчин среднего возраста 59,7 лет, исходно не страдавших коронарной патологией или сахарным диабетом. За среднее время наблюдения 13,8 лет частота инфаркта миокарда составила 11,3%. В зависимости от наличия или отсутствия метаболического синдрома и враждебности, все участники были разделены на 4 группы. Частота инфаркта миокарда среди лиц без метаболического синдрома и с низкой враждебностью достигала 6,9%, среди лиц с высокой враждебностью и без метаболического синдрома – 10,4%, среди пациентов с метаболическим синдромом и низкой враждебностью – 12,4%, среди лиц с высокой враждебностью и метаболическим синдромом – 23,4%. После поправки на вмешивающиеся факторы оказалось, что при сочетании метаболического синдрома и высокой враждебности риск инфаркта миокарда возрастает в 4,21 раза по сравнению с отсутствием обоих факторов риска, в 2,75 раза по сравнению с наличием только враждебности и в 2,2 раза по сравнению с наличием одного метаболического синдрома. В свою очередь, наличие либо метаболического синдрома, либо враждебности ассоциировалось с увеличением риска инфаркта миокарда по сравнению с отсутствием обоих факторов.

Источник:

Amer. J. Cardiol. 2005; 96: 221-6.



ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

Под ред. проф. П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Бestseller учебно-методической литературы!

В краткой, но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов общеклинических и биохимических исследований крови, мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей, ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.

Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.

ДОВЕРЯЙТЕ ТОМУ, ЧТО ВЫ ХОРОШО ЗНАЕТЕ



ДЕПАКИН® ХРОНО: препарат выбора для лечения всех форм эпилепсии

ДЕПАКИН® ХРОНО

валпроат натрия + вальпроевая кислота

Депакин® для внутривенного введения • Депакин® Хроно 300 (делимые таблетки) • Депакин® Хроно 500 (делимые таблетки) • Депакин® Энтерик 300 • Депакин® сироп

ДЕПАКИН® ХРОНО — это препарат выбора для лечения всех форм эпилепсии. Он обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью. Депакин® Хроно 300 (делимые таблетки) — это препарат выбора для лечения всех форм эпилепсии. Он обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью. Депакин® Хроно 500 (делимые таблетки) — это препарат выбора для лечения всех форм эпилепсии. Он обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью. Депакин® Энтерик 300 — это препарат выбора для лечения всех форм эпилепсии. Он обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью. Депакин® сироп — это препарат выбора для лечения всех форм эпилепсии. Он обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью.



107045, Москва, Последний пер., д. 23, стр. 3 — Тел.: (095) 721 14 00 — Факс: (095) 721 14 11
101000, Москва, Уланский пер., д. 5, стр. 1 — Тел.: (095) 926 57 03/11/24/35 — Факс: (095) 926 57 30/34

у 14% пациентов количество приступов снизилось до $1,8 \pm 0,4$ в сутки. Соответственно потребление нитроглицерина сократилось с 21 ± 4 до 6 ± 3 таблетки в сутки. Однако через 3–5 суток у каждого пятого (21,6%) отмечено возобновление ангинозных приступов до $6,4 \pm 1,2$ в сутки, протекающих, тем не менее, легче и реже, чем до начала лечения. Это обстоятельство послужило показанием для проведения через две недели после первой процедуры повторного плазмафереза, с последующим стабильным улучшением состояния.

Особый интерес представляет анализ лечения 5 пациентов, имевших подтверждение критических степеней стенозирования венечных артерий результатами коронарографии. У части из них по тяжести поражения были установлены противопоказания к аорто-коронарному шунтированию, другие добровольно воздержались от хирургического вмешательства на коронарных артериях:

1) больной Р. — стенокардия и пролапс митрального клапана с 45 лет после инфаркта миокарда. С 57 лет — боли в покое в ночное время, с 58 лет состояние резко ухудшилось: приема таблетки нитроглицерина хватало на 10–15 метров ходьбы, а ночью на 30 мин. Коронарография: резкие множественные стенозы огибающей коронарной артерии, стеноз устья диагональной артерии, сегментарная окклюзия правой коронарной артерии. Проведено 3 пары плазмаферезов от 1600 до 1900 мл за сеанс: в 58 лет, в 59 лет и в 60 лет. У больного снизилась до эпизодической потребность в нитратах, повысилась переносимость нагрузок, возвратился к труду.

2) больной Л. — стенокардия через 25 м ходьбы, снимаемая 2–3 таблетками нитроглицерина, после инфаркта миокарда в 47 лет. В 53 года на коронарографии: субтотальный стеноз левой огибающей ветви с неравномерным стенозированием передней межжелудочковой артерии и ее разветвлений, гипокнезия задне-базального и диафрагмального отделов левого желудочка. Проведено 5 пар плазмаферезов от 1600 до 1750 мл за сеанс: в 53 года, в 54 года, 55 лет, в 56 лет и в 57 лет. Вернулся к легкой работе на дачном участке, потребность в нитратах эпизодическая.

3) больной П. — с 38 лет крупноочаговый кардиосклероз после инфаркта миокарда. В 45 лет на коронарографии: окклюзия в устье правой коронарной артерии, выраженные рубцовые изменения в задне-базальном отделе левого желудочка. В 47 лет госпитализирован с нестабильной стенокардией, проведен один сеанс плазмафереза — 1350 мл, приступы стали редкими и нетяжелыми. В дальнейшем выполнял легкую надомную работу, отмечая легкие эпизодические приступы стенокардии. В 52 года — учащение и утяжеление ангинозных приступов, повторная госпитализация с нестабильной стенокардией. Проведен один сеанс плазмафереза — 1500 мл, тяжелые приступы прекратились, вернулся к надомному труду.

4) больная Ф. — стенокардия с 63 лет, принимала кардикет или нитросорбид до 3–4 таблеток в день. В 64 года на коронарографии: стеноз передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии 87% и правой коронарной артерии 90% при правом типе коронарного кровоснабжения. Проведено 5 плазмаферезов по 1200 мл: 2 в 64 года, 2 в 65 лет и 1 в 66 лет. В 68 лет выполняет работу по дому и на дачном участке, эпизодически пользуется изокетом или кардикетом.

5) больной Б. в 66 лет в течение полугодия 5 раз экстренно госпитализировался с тяжелыми приступами стенокардии, вынуждавшими принимать до 40 таблеток нитроглицерина в сутки. На коронарографии стеноз правой коронарной артерии и передней межжелудочковой ветви на 75%, стеноз устья на 90% и окклюзия в средней трети левой огибающей ветви. В 67 лет — 3 плазмафереза по 1700–1600 мл за сеанс, повысились физические возможности, потребность в нитратах снизилась до эпизодической. В дальнейшем в течение 13 лет до возраста 79 лет проведено еще 17 плазмаферезов с удалением от 1000 до 2000 мл за сеанс, с перерывами между сеансами от полугодия до 2 лет, с сохранением физической активности, позволявшей управляться с работой на дачном участке, заниматься живописью, с эпизодическим приемом нитратов.

Результаты исследований свидетельствуют, что во время проведения плазмафереза колебания артериального давления, частоты пульса, содержания электролитов и объема циркулирующей крови незначительны и не выходят за пределы нормальных величин, а лечебное воздействие имеет как непосредственное, так и отдаленное благоприятное влияние на состояние больных стенокардией. Непосредственное улучшение обусловливается снижением вязкости, активизацией микроциркуляции, возрастанием кислородного обеспечения тканей, нормализацией свертывающей системы крови, имеющей у этой категории больных в исходном состоянии признаки вялотекущего ДВС-синдрома.

Уменьшение вязкости крови непосредственно после плазмафереза и нарастание кровотока в капиллярном русле обеспечивалось снижением уровня гематокрита, фибриногена и общего белка.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- ринит
- синусит
- ларингит и трахеит
- фарингит, ринофарингит
- тонзиллит
- бронхит
- отит
- вазомоторный ринит
- предоперационная подготовка
- послеоперационный период



SOLVAY PHARMA

119991, г. Москва, ул. Бакинская, 24, этаж 5
Тел.: (095) 411-6911
Факс: (095) 411-6910
Http://www.solvay-pharma.ru
E-mail: info@solvay-pharma.ru

Плазмаферез значительно снижал в крови пациентов уровень биополимеров (общего белка, фибриногена, липопротеидов, холестерина и др.), которые при повышенном содержании затрудняют диффузию газов. Поэтому удаление из кровотока части этих биополимеров благоприятно воздействовало на показатели кислотно-щелочного состояния, парциальное давление кислорода и углекислого газа.

Возрастание у больных стенокардией при велоэргометрической пробе общего объема выполненной работы в первые две недели после плазмафереза, достоверно превышающее этот показатель в контрольной группе, вероятно, является результатом сложения вышеречисленных благоприятных воздействий. Следует обратить внимание, что больше половины больных стенокардией IV ф.к. после плазмафереза на основании физических испытаний переведены в III ф.к.

Как показали проведенные исследования, плазмаферез благоприятно влиял на показатели плазменного и клеточного гемостаза. Снижение у больных после плазмафереза уровня фибриногена, паракоагуляционных тестов, количества тромбоцитов и исходно повышенной их агрегационной активности, а также повышение фибринолитической активности крови создавало умеренную контролируемую гипокоагуляцию. Это обстоятельство представляется особо важным, поскольку по данным литературы в 80% инфаркта миокарда, 25% не-

стабильной стенокардии и даже в 5% стабильной стенокардии обнаруживаются тромбозы артерий сердца.

Благоприятное отдаленное воздействие плазмафереза на течение стенокардии, возможно, проявлялось в результате снижения после операции уровня холестерина и липопротеидов низкой плотности. В дальнейшем их уровень возрастал, но устанавливался все же ниже исходного.

Урежение и ослабление приступов стенокардии, повышение переносимости физических нагрузок, позволяющее переводить пациентов в более легкие функциональные классы стенокардии, снижение потребности в поддерживающей медикаментозной терапии и в стационарном лечении позволяют сделать заключение о повышении качества жизни больных, получивших плазмаферез в комплексе лечебных мер.

Внедрение амбулаторного плазмафереза на базе стационара дневного пребывания больных ГНЦ РАМН и Консультативно-диагностического центра № 6 с удалением 30–40% ОЦП и замещением изотоническим раствором хлорида натрия позволило при достаточной эффективности обезопасить эту трансфузиологическую операцию и дало возможность в большинстве случаев исключить необходимость госпитализации для лечения пациентов с высокими функциональными классами стенокардии, что также является шагом к повышению их качества жизни.

Книги издательства НЬЮДИАМЕД можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»)

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириченко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартинов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженов, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шлектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и геронтологии

Телефон (095) 118-7474, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна. За рекламную информацию редакция ответственности не несет.