



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

В последние 3—5 лет значительно возросло количество публикаций о внутрисосудистых вмешательствах. Одновременно увеличился интерес к этой проблеме гематологов, клеточных биологов. Интерес к тому, что происходит внутри сосудов после того, как туда поставят катетер. Интерес очень серьезен, потому что только коронарных стентов в США устанавливается более 10 миллионов за год. Но внутрисосудистые вмешательства касаются не только артерий, сейчас, например, меняют клапаны вен, через сосудистое русло научились проникать в полости сердца, устанавливают водители ритма и проводят другие операции.

При любых внутрисосудистых вмешательствах происходит повреждение стенок сосудов, и начинаются воспалительные процессы. Воспаление, как и при атеросклеротическом процессе, обязательно включает в себя проникновение в зоны повреждения, в субэпителиальное пространство клеток гематогенного происхождения. Это происходит всегда и на ранних стадиях при развитии атеросклероза, когда мы видим видоизмененные клетки эндотелия, под ними — скопления клеток гематогенного происхождения, которых здесь быть не должно. Состав субэпителиальных клеточных скоплений гематогенного происхождения — тромбоциты, лимфоциты и blastoid-like клетки. Их появление абсолютно непонятно и необъяснимо.

Клетки из интимы атероматозной аорты человека в тест-системах *in vitro* формируют стромальные колонии. Клетки стромальной колонии синтезируют коллагеновый матрикс или остеоидный матрикс. Таких клеток не должно быть в стенке сосуда. Место обитания этих клеток — костный мозг, но они появляются в стенке сосуда.

Следовательно, они должны быть обнаруживаемы в кровотоке. И действительно у пациентов с тяжелым атеросклерозом в крови обнаруживаются колониеобразующие клетки, которые могут формировать стромальные колонии.

Следующий вопрос: каким образом эти клетки попадают в зону повреждения? Ответ на этот вопрос был непонятен очень долго. Некоторое понимание возникло после того как в 2006 г. появилась работа, которая убедительно показывала, что виновниками попадания этих циркулирующих костномозговых клеток, в том числе в места повреждения, являются тромбоциты. Тромбоциты прикрепляются в месте повреждения эндотелия. Тромбоциты секретируют хемокин SDF-1 и привлекают клетки-предшественники костномозгового происхождения в артериальные тромбы в условиях *in vivo* (Massberg S et al. JEM. 2006; 203 (5): 1221—1233). При этом раньше считалось, что хемокин SDF-1 может высвобождаться только из умирающих гладкомышечных клеток, то есть через много часов после повреждения эндотелия. А в этом исследовании было показано, что это происходит практически мгновенно, как только тромбоцит «сел» на место повреждения. Тромбоциты секретируют SDF-1 и рекрутируют эндогенные клетки-предшественники в места повреждения стенки сосудов. Тромбоциты обеспечивают адгезию и регулируют захват клеток-предшественников со стромальных фенотипов на поверхность поврежденной стенки сосуда.

Оказалось, что взаимодействовать клетки с тромбоцитами могут не только таким путем, они могут показывать дорогу. В те места, где больше тромбоцитов, и идут стромальные клетки. Оказалось, что все намного сложнее. И одна из первых работ в 2011 г. показала, что тромбоциты способны перепрограммировать стромальные клетки (Labelle M, et al. Cancer Cell. 2011, 15; 20 (5): 576—590.) Если вначале это сообщение было совсем непонятно, то в 2012 г. появилось около 6 работ из лабораторий разных стран, свидетельствующих о том, что тромбоциты способны перепрограммировать клетки. Впервые это было показано на раковых клетках.

Тромбоциты индуцируют эпителиально-мезенхимальную трансформацию раковых клеток и способствуют метастазированию. Кроме того, стало понятно, что тромбоциты способны взаимодействовать практически со всеми иммунными клетками и регулировать

их приход в зону повреждения. Непросто подавать сигнал о том, что происходит, а прямо перепрограммировать пришедшую клетку.

Почему это оказалось важно для внутрисосудистых вмешательств? Дело в том, что даже при успешно проведенных вмешательствах через какое-то время наступают рестенозы. И результат операции обнуляется. Происходит это в 25—30% случаев. Естественно стали искать пути преодоления рестенозов. Еще лет 12 назад появились стенты, более сложно устроенные, со специальным лекарственным покрытием в виде полимера, которое постепенно выделялось в кровотоке в течение 2 месяцев после установки. Препарат мешал избыточной пролиферации клеток и предотвращал закрытие стента.

Казалось, что проблема решена. Но все оказалось не так оптимистично. В отдаленных результатах разницы в рестенозах между обычными стентами и стентами с покрытием не было, а стоили последние значительно дороже. Вообще-то любые стенты по влиянию на

прогноз жизни в сравнении с лекарственной терапией ничуть не выигрывают, серьезное отличие только в качестве жизни. Несколько лет после стентирования люди живут активной полноценной жизнью, на медикаментозной терапии этого достичь удается далеко не всегда.

После установки стентов назначалась достаточно агрессивная терапия для избежания рестенозов, но оказалось, что самым эффективным был аспирин. Рестеноз стентов тесно связан с избыточной клеточной защитной реакцией организма в ответ на развитие воспаления в поврежденной стенке сосуда. В развитии рестенозов стентов активно вовлекаются эффекторные клетки воспаления, которые являются мощными стимуляторами пролиферативной и синтетической активности локальных

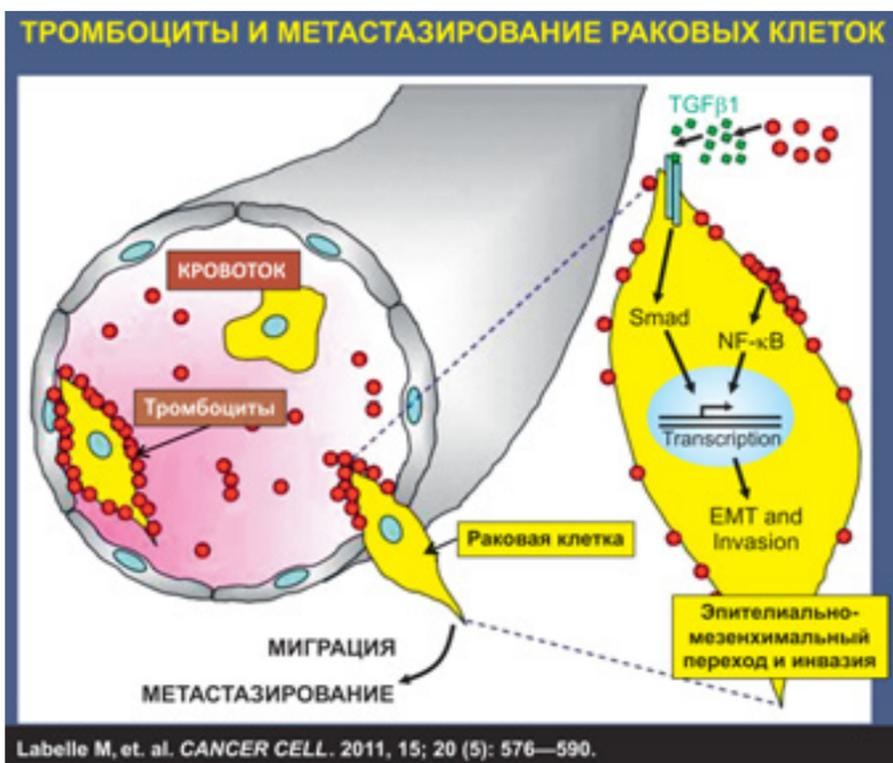
Продолжение на стр. 2

НОВОЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ВОСПАЛЕНИЯ: РОЛЬ ТРОМБОЦИТОВ В РЕГУЛЯЦИИ ЛОКАЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ

Габбасов З.А.

ФГБУ «РКНПК» Минздрава России

Из выступления на конференции
«Пожилой больной. Качество жизни» 07.10.2013



Labelle M, et al. CANCER CELL. 2011, 15; 20 (5): 576—590.

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!

Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2014 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 500 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД

Просим вас при желании в 2014 г. получать газету оплатить ее доставку.

С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете знакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с. банка получателя платежа)
Кассир	Платеж/лиц: _____ (ИНН и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2014 г. (Без НДС) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Платеж/лиц: _____ Дата: 2013 ____ года
КВИТАНЦИЯ	«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с. банка получателя платежа)
Кассир	Платеж/лиц: _____ (ИНН и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2014 г. (Без НДС) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Платеж/лиц: _____ Дата: 2013 ____ года

Начало на стр. 2 ↗

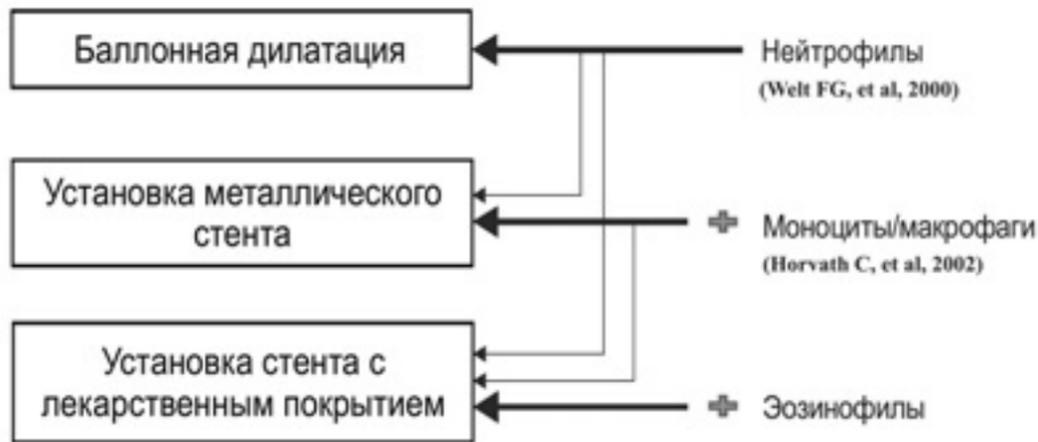
фибробластов. В первую очередь это нейтрофилы — профессиональные фагоциты, прекрасные охотники. Они не ждут, когда к ним что-то приплывет, а именно охотятся и нейтрализуют бактерии. При этом самое большое их количество находится в крови. Когда происходит внутрисосудистое вмешательство, именно нейтрофилы первыми приходят в зону воспаления, и они умеют проникать внутрь ткани.

Моноциты-макрофаги, наряду с нейтрофилами, также являются главными «профессиональными фагоцитами». Они также циркулируют в крови и при необходимости или повреждении переходят в ткань и перепрограммируются в макрофаги.

Третья категория клеток, наиболее агрессивная и сильная, — эозинофилы — терминальные, неделяющиеся эффекторные иммунокомпетентные клетки, которые циркулируют в крови несколько часов, а затем мигрируют в ткани. Содержат широкий спектр белков, цитокинов, хемокинов и ростовых факторов. Имеют характерную и уникальную морфологию. Долгое время их связывали только с аллергическими реакциями, атопическим компонентом, но несколько лет назад выяснилось, что при воспалительных реакциях в стенке сосудов эозинофилы играют довольно важную роль. С точки зрения способности передвигаться и нейтрализовать внешние патогены, эозинофилы в десятки тысяч раз сильнее макрофагов. У них есть довольно специфические белки, по крайней мере 4 из них специфичны только для эозинофилов.

Я перечислил как минимум три вида эффекторных клеток, но ситуация, которая развивается локально после повреждения, зависит от того, какие клетки в эту зону пришли и начали выполнять свою работу. То есть характер и динамика локального воспалительного про-

В зависимости от способа реваскуляризации сосуда меняется состав реагирующей клеточной популяции



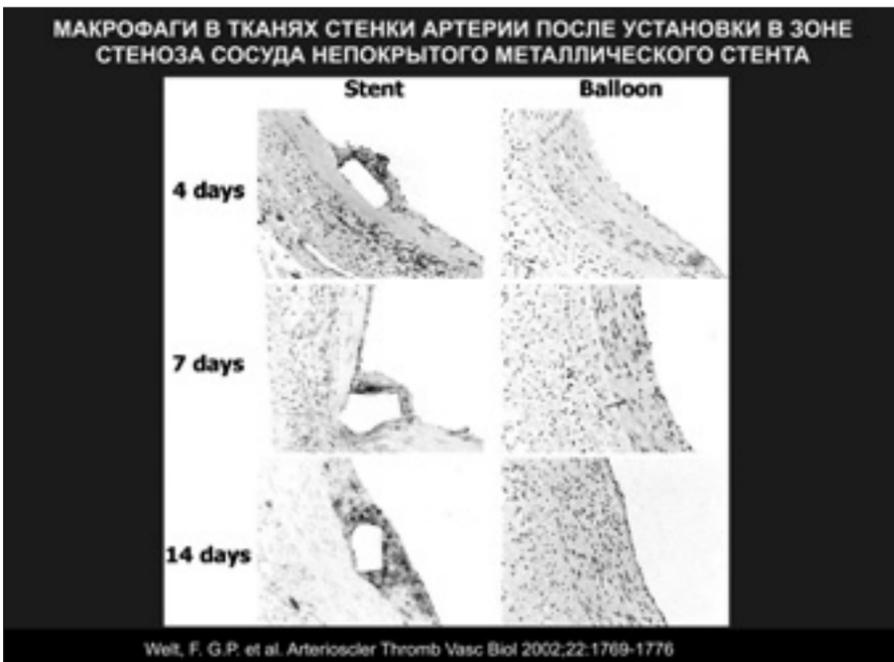
цесса в стенке сосуда определяется профилем инфильтрации зон повреждения клетками воспаления. Кем-то это регулируется.

Каковы наиболее эффективные пути воздействия на воспалительные реакции в зоне повреждения?

Попыток воздействия на разные стадии процесса и на конкретные клетки, участвующие в воспалении, было очень много. Но ничего хорошего из попыток блокирования конкретно моноцитов, макрофагов и т.д. не вышло. Универсальным подходом остается попытка «договориться» с главным регулятором, потому что без «ведома» тромбоцитов в зону воспаления ни одна клетка не попадает. Но подход при этом не должен быть очень радикальным, потому что если полностью задавить функцию тромбоцитов, то тогда тоже будет беда. Никакие клетки не придут в эту зону и не будут бороться с патогенами, которые при любом повреждении есть. Поэтому все должно происходить весьма взвешенно и умеренно. И как

помощью других агентов тромбоцитов. Она блокирует ЦОГ1, которая ответственна за выработку арахидоновой кислоты весьма активных простагландинов: U2, H2, тромбоксан A2 и др., которые сами являются чрезвычайно сильными активаторами тромбоцитов и получается, что обрубается положительная связь этого слишком усиленного каскада активации. При этом в целом клетки остаются совершенно нормальными, с сохраненными функциями. Второй агент — клопидогрел — блокирует так называемые пуриновые рецепторы, рецепторы для АДФ. Клопидогрел селективно ингибирует связывание аденозиндифосфата (АДФ) с рецепторами тромбоцитов и активацию комплекса GPIIb/IIIa, угнетая таким образом агрегацию тромбоцитов. Ингибирует агрегацию тромбоцитов, вызванную другими агонистами, путем блокады повышения активности тромбоцитов освобожденным аденозиндифосфатом. Заблокировав пуриновые рецепторы, он фактически блокирует каскад излишнего ответа тромбоцитов на повреждение, при этом основные функции их остаются. Ингибирование функции тромбоцитов является универсальным и эффективным путем воздействия на локальные воспалительные реакции в стенке сосуда.

Это подтвердила и практика. На данный момент собрана статистика использования аспирина на десятках миллионов пациентов. И такое их использование эффективно снижает развитие отдаленных происшествий на 30–40%, то есть это весьма эффективное лечение. Ни один другой подход такого результата не дает. И учитывая, что тромбоциты способны перепрограммировать раковые клетки, видимо через некоторое

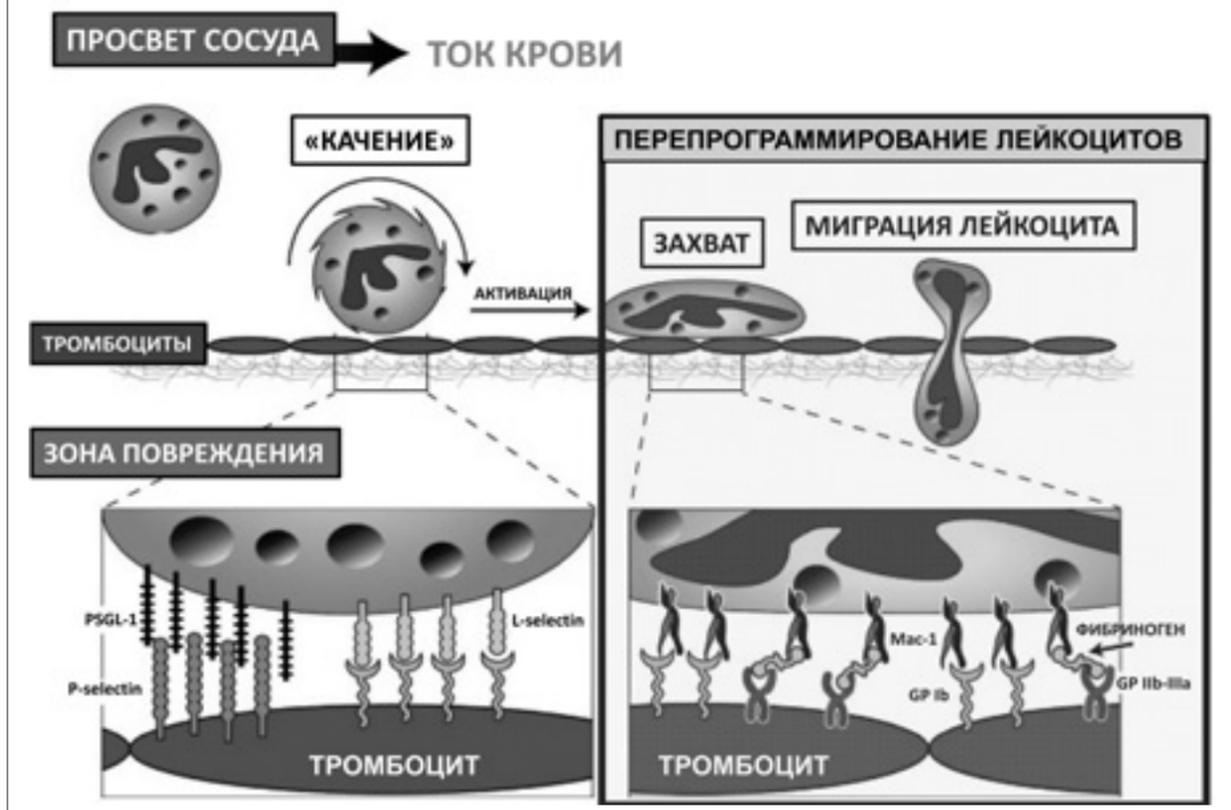


Проиллюстрировать это можно на таком примере. После того как устанавливается баллон, место стеноза расширяется и баллон убирается. Процедура баллонирования характеризуется, во-первых, довольно быстро протекающей воспалительной реакцией, которая заканчивается максимум через неделю, во-вторых, там никогда не бывает моноцитов/макрофагов, только нейтрофилы. Но в случае если в ту зону, где проводилось баллонирование устанавливается стент, то через 2 недели вокруг элементов стента появляются макрофаги, причем в большом количестве. И нейтрофилы тоже. То есть усложнилось вмешательство — усложнился ответ. Если усложнить еще больше — поставить стент с лекарственным покрытием, то появляются и эозинофилы. Патоморфологические исследования выявляют в зоне возникновения рестеноза стентов с лекарственным покрытием инфильтрацию тканей эозинофилами. Следовательно, в зависимости от способа реваскуляризации сосуда меняется состав реагирующей клеточной популяции.

При этом остается вопрос: каков механизм миграции клеток воспаления из кровотока в зону повреждения? После того как внутри сосуда что-то нарушено, первые клетки, которые реагируют на это, обычно тромбоциты, на это уходят какие-то секунды, максимум минуты. Во-первых, тромбоциты сначала садут, зацепятся за это место, а через десятки минут произойдет так называемое распластывание, то есть прикрепление и распластывание тромбоцитов на поврежденной поверхности. А конкурирующие белые клетки крови пройти в зону повреждения, не проконтактировав с этим слоем тромбоцитов, не могут. Появилось много данных, что взаимодействие оказалось не таким уж и простым.

Самое неожиданное, что было показано в последние несколько лет: в тот момент, когда лейкоцит остановился, начинается процесс перепрограммирования лейкоцита. Это касается и нейтрофилов и моноцитов. То есть тромбоцит не только указывает зону поврежде-

МЕХАНИЗМ МИГРАЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ В ЗОНУ ПОВРЕЖДЕНИЯ



это ни странно, оптимальной оказывается ацетилсалициловая кислота. Она оказалась тем самым агентом, который не полностью блокирует функцию тромбоцитов, она не влияет на взаимодействие тромбоцитов с поврежденной поверхностью, никак не влияет на функцию транспорта, никак не влияет на активацию с

время здесь тоже в терапии произойдет какой-то перелом. Скорее всего, этот механизм универсален и будет найден подход, меняющий ситуацию в онкологии. Тромбоциты ведь не только перепрограммируют клетки, но еще и защищают их от иммунного воздействия.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 27.03.2013**

Председатель: академик РАН и РАМН А.И. Воробьев

Секретарь: Башлакова Е.Е.

Повестка дня: член-корр. РАМН, д. м. н., профессор В.Б. Симоненко (Медицинский учебно-научный клинический центр имени П.В. Мандрыка Минобороны России).

Современные проблемы кардионеврологии

Сердечно-сосудистая патология занимает 1-е место в структуре смертности, а вместе с увеличением продолжительности жизни смертность от сердечно-сосудистых заболеваний возрастает. Увеличивается доля нарушений мозгового кровообращения в структуре заболеваний и смертности. В России эта проблема стоит особенно остро, показатели заболеваемости и смертности самые высокие в Европе. Проблема кардионеврологии является самой значимой во всем мире.

По определению академика АМН СССР В.В. Верещагина (1991 г.), кардионеврология — интегральное направление медицинской науки, исследующее общие механизмы возникновения и течения сосудистых заболеваний сердца и мозга. Наиболее актуальными клиническими вопросами являются проблема роли кардиальной патологии в возникновении различных форм нарушений мозгового кровообращения, оптимизация согласованной тактики ведения больных с сочетанной атеросклеротической патологией коронарных и церебральных артерий, а также изучение цереброваскулярных последствий антигипертензивной терапии и предупреждение развития глобальной и очаговой ишемии мозга при неадекватной терапии.

Проблема инсульта стала первостепенной для национальных систем здравоохранения. Очевидно, что решение этой проблемы невозможно в пределах классической невропатологии. Важной задачей кардионеврологии является поиск путей предупреждения ишемии мозга после остановки кровообращения и церебральных осложнений после оперативных вмешательств на сердце.

Частота инсультов в США составляет около 700 тыс. в год, в России — 450 тыс., в популяции — 0,2% в год. По прогнозам «Совета инсультов» при Американской ассоциации кардиологов к 2020 г общая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний увеличится на три четверти и более половины будут составлять острые нарушения мозгового кровообращения. А к 2030 г. болезни сердца и инсульт останутся единственными основными причинами смерти. По данным крупных международных исследований, в структуре сердечно-сосудистой патологии инсульты стали преобладать над инфарктами миокарда примерно на 30%. Этот феномен получил название «инсультного парадокса». Инсульт значительно повышает смертность: во всем мире ежегодно нарушение мозгового кровообращения развивается у 15 млн человек, 5 млн из которых погибает, что составляет 35% в месяц, 45—50% в год. В США инсульт развивается приблизительно у 795 тыс человек, каждая 18-я смерть — из-за инсульта. Кроме того, инсульт является основной причиной длительной тяжелой инвалидизации. Постинсультные нарушения, составляющие 85% — параличи, боль, речевые и когнитивные расстройства, снижение памяти, мыслительной и эмоциональной сферы — значительно ухудшают качество жизни больных.

Основной целью кардионеврологического обследования являются выявление и оценка клинических синдромов, ответственных за возникновение цереброваскулярных осложнений. Скрининговый объем такого обследования включает ультразвуковые исследования — дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, ЭхоКГ, лабораторные исследования (общеклинический анализ крови, липидный профиль, глюкоза, коагулограмма, вязкость крови). При более углубленном осмотре рекомендуется проводить МСКТ или МРТ головного мозга в режиме ангиографии, коронарную и церебральную ангиографию, суточное мониторирование АД, расширенные исследования крови.

В процессе поиска этиологических факторов сосудистых заболеваний возникла концепция факторов риска, которая основана на математических корреляциях между факторами риска и сердечно-сосудистыми событиями. К факторам риска кардионеврологических событий относятся артериальная гипертензия, коронарная болезнь сердца, сахарный диабет, атеросклероз, перемежающаяся хромота, гипертрофия левого желудочка, повышение уровня липопротеидов низкой, очень низкой плотности, холестерина, С-реактивного белка, злоупотребление алкоголем, курение.

Патогенетически принято выделять следующие типы и подтипы инсультов: 1) геморрагический инсульт, который является осложнением артериальной гипертензии, феохромоцитомы, аневризмы сосудов, болезней крови, а также 2) ишемический инсульт (ИИ), имеющий следующие подтипы: а) гемодинамический ИИ, составляющий примерно 15% общего числа ишемического типа. Причинами его являются коронарная болезнь сердца, артериальная гипертензия, стенозирующий атеросклероз; б) тромботический ИИ (34%). Основными источниками тромбов являются атеросклеротические бляшки сосудов, а также системные нарушения свертывания крови и реологии; в) кардиоэмболический ИИ (22%) — образующиеся тромбы при коронарной болезни сердца, нарушения ритма, эндокардите, кардиомиопатии приводят к развитию данного вида ишемического инсульта; г) к возникновению лакунарного ИИ (22%) предрасполагают симптоматические артериальные гипертензии; д) гемореологический ИИ (7%) — в результате системных нарушений свертывания крови, гипервискозности.

Известно более 60 причин острых нарушений мозгового кровообращения, из них не менее 20 связано с патологией сердца. Инсульт является ведущим осложнением фибрилля-



ции предсердий, которая примерно в 5 раз повышает риск возникновения инсульта. Риск развития ее на протяжении жизни после 40 лет составляет около 25%. При отсутствии профилактики приблизительно у 1 из 20 пациентов разовьется инсульт в течение года. Потенциальными источниками церебральной кардиоэмболии в большинстве случаев являются: 1) патология камер сердца, развивающаяся в результате локальной и глобальной дискинезии, инфаркта миокарда, аневризмы, миксомы, кардиомиопатии, мерцательной аритмии, синдрома слабости синусового узла; 2) патология клапанов сердца — кальцинированный аортальный стеноз, митральный стеноз и недостаточность, пролапс митрального клапана, кальцификация митрального кольца, трабекулы митрального клапана, эндокардит; 3) парадоксальная кардиоэмболия — при наличии открытого овального окна, дефектов перегородки сердца. Источниками церебральной эмболии могут быть и экстракардиальные причины. Восстановить «правильный» ритм или предупредить внутрисосудистое тромбообразование — основная задача практикующих врачей. Многочисленные клинические исследования убедительно подтвердили эффективность антитромботической терапии. Стратегия сохранения синусового ритма не обеспечивает преимуществ перед подходом, предполагающим «невмешательство».

Репрезентативные синдромы — синдромы, предрасполагающие к возникновению кардионеврологических событий. К ним относятся: артериальная гипертензия, различные нарушения сердечного ритма и внутрисердечной гемодинамики, стенозы и окклюзии магистральных артерий головного мозга, гиперкоагуляция. Наиболее часто к развитию артериальной гипертензии приводят нейрогуморальные факторы, увеличение периферического сопротивления, симпатикотония, нарушение функции почек. Активация свертывания крови, наследственные механизмы гиперкоагуляции, болезни крови и увеличение вязкости плазмы крови провоцируют синдром гиперкоагуляции. При нарушении липидного обмена, наличии инфекционных заболеваний, артериальной гипертензии происходит образование стенозов, а атеросклероз сосудов, кардиомиопатии и действие нейрогенных факторов приводят к развитию различных видов аритмий.

Можно ли предупредить сосудистые события? Превентивная кардионеврология рекомендует модификацию образа жизни, антигипертензивную терапию, антитромботическую и гиполипидемическую терапию (статины), а также реконструктивные операции на сосудах сердца и мозга для профилактики инсультов. Проведение антигипертензивной терапии приводит к снижению риска повторного ишемического инсульта на 28%, кровоизлияния — на 50% при использовании комбинации и-АПФ (сартанов) с диуретиками и на 25% при использовании монотерапии сартанами.

Продолжение на стр. 4 ⇨

ИнтерНьюс

Перерегистрацию медицинских изделий продлевают на три года

Срок перерегистрации «изделий медицинского назначения», «медицинской техники» и «медицинского оборудования» планируется продлить до 1 января 2017 года — иначе с нового года из аптек исчезнет большинство не лекарственных, но медицинских товаров, которые их производители не успели зарегистрировать как «медицинские изделия». Соответствующий проект постановления уже внесен на рассмотрение правительства. «Нормативные изменения, которые сейчас будут рассматриваться, перенесли срок на 1 января 2017 года», — заявила министр в ходе расширенного заседания комитета Совета Федерации по социальной политике. Необходимость перерегистрации различных товаров и оборудования в качестве «медицинских изделий» прописана в принятом в 2011 году федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Однако, по данным Российской ассоциации аптек сетей (РААС), хотя в обращении в аптеках находятся 40 тысяч медицинских изделий, за первое полугодие 2013 года их производители и импортеры подали в Росздравнадзор всего 940 заявлений на перерегистрацию, 650 — на внесение изменений и около 1000 — о регистрации нового товара. По мнению представителей РААС, это значит, что остальные медицинские изделия просто не успеют получить такой статус в срок и рискуют исчезнуть с аптечных полок, от чего пострадают не только их продавцы и производители, но и покупатели. Речь идет о таких распространенных товарах, как глюкометры, слуховые аппараты, дезинфицирующие средства, предметы и средства личной гигиены, средства для ухода. В связи с этим РААС обратилась в Министерство здравоохранения, правительство и Госдуму с просьбой о продлении периода перерегистрации изделий медицинского назначения до 1 января 2017 года. В начале сентября с аналогичной инициативой выступил и Росздравнадзор.

Источник: РБК

Техсредствами планируется обеспечить 97,5% российских инвалидов

К концу 2013 года обеспеченность имеющих инвалидность россиян техническими средствами реабилитации (ТСР) составит 97,5%. Те инвалиды, которые не смогут получить необходимые для реабилитации средства в этом году, будут обеспечены ими в будущем, 2014 году, причем задержка по обеспечению нуждающихся техсредствами не превысит двух недель, заявил директор профильного департамента Министерства труда и социальной защиты Григорий Лекарев. В технических средствах реабилитации на данный момент нуждаются 3,8 миллиона россиян. В текущем году на ТСР было выделено 21,8 миллиарда рублей. «Мы прогнозируем, что обеспеченность к концу года составит 97,5%. Это достаточно высокий уровень обеспечения ТСР», — цитирует издание слова Григория Лекарева. При этом Лекарев не верит в появление социальной напряженности, поскольку все инвалиды в ближайшее время будут обеспечены необходимым. Новые правила по обеспечению инвалидов техсредствами реабилитации действуют в России с начала 2013 года. Как утверждают в Министерстве, после их принятия процедура выдачи ТСР стала более понятной и прозрачной для всех сторон. Если ранее человек не всегда мог понять, на каком основании врач сделал то или иное заключение о предоставлении или непредоставлении средства, то сейчас в законодательном акте четко прописаны все условия для назначения того или иного средства в зависимости от степени и характера инвалидности. Напомним, что на данный момент в России насчитывается 12,8 миллиона инвалидов, в том числе инвалидов I группы — 2,2 млн, II группы — 6,6 млн и III группы — 4 млн человек. Количество детей от общего числа инвалидов составляет 4,4% или 570 тысяч человек. Две трети из них находятся на пенсии, оставшиеся 2,5 миллиона — трудоспособны, однако работают из них всего 800 тысяч.

Источник: РИА Новости

ИнтерНьюс

Слишком долгий сон снижает умственные способности

Согласно новому исследованию, проведенному американскими учеными, слишком долгий сон может снижать умственные способности человека. Как показали результаты анализа, люди, которые спят в среднем по 9 часов и более, имеют более низкие показатели когнитивных функций мозга по сравнению с теми, кто спит по 6–8 часов в сутки. Объединенная группа исследователей из университетской клиники в Мадриде и Колумбийского университета в Нью-Йорке изучила данные свыше 2700 человек в возрасте 60–70 лет, которые находились под наблюдением специалистов в течение трех лет. Контрольную группу составили 49% участников эксперимента, спавших по 6–8 часов в сутки, 40% испытуемых имели привычку спать по 9 и более часов и 11% человек спали всего по 5 часов в сутки и меньше. В начале и в конце всего эксперимента пациенты проходили тест для определения состояния когнитивных функций мозга, так называемый мини-тест исследования психического состояния (MMSE), который используется для оценки деменции. В итоге было выяснено, что снижение таких когнитивных способностей, как память и мышление шло в два раза быстрее у любителей долго спать по сравнению с теми, кто спал по 6–8 часов. По словам авторов работы, разница в показателях умственного состояния сон и контрольной группы людей оказалась значительной, причем полученные результаты остались неизменными при учете таких факторов, как возраст участников эксперимента, их образование и наличие вредных привычек (курение, прием алкоголя). Как отметил глава исследования Джулиан Бенито-Леон, необходимы дальнейшие исследования для того, чтобы подтвердить сделанные выводы, так как на это могут быть и другие объяснения. Например, привычка долго спать может оказаться следствием, а не причиной снижения психических функций. Предыдущие исследования влияния продолжительности сна на организм показали, что недостаток сна связан с риском развития диабета, сердечно-сосудистыми заболеваниями и ожирением.

Источник: *Psychiatric Research*

Минздрав намерен сэкономить свыше 100 млрд рублей за три года

Происходящее в данный момент в здравоохранении перераспределение средств позволит в ближайшие три года сэкономить до 103 миллиардов рублей. Как объяснила на расширенном заседании комитета Совета Федерации по социальной политике Министр здравоохранения Вероника Скворцова, большая часть средств будет получена за счет внедрения новых подходов к стационарному лечению. «Мы планируем создавать койки долечивания, реабилитации, и будем создавать сети социальных гостиц при дневных стационарах, — У нас идет перераспределение объемов медицинской помощи, но не резко, фактически мы остаемся в течение трех лет на одном и том же уровне. Часть скорой помощи переходит в неотложную, увеличивается объем дневных стационаров, происходит увеличение объема амбулаторно-поликлинической помощи». Скворцова также добавила, что данное перераспределение средств было задумано уже давно, но проводиться оно будет не сразу, а «мелкими шажками» в течение нескольких лет. Напомним также, что недавно стало известно о том, что с 2014 года часть выделяемых на здравоохранение средств переведут в систему ОМС. По предварительным данным эта часть составит 53–54%.

Источник: ИТАР-ТАСС

Изменен порядок предоставления субсидий онкологическим больным

Премьер-министр России Дмитрий Медведев утвердил новые изменения в правилах предоставления субсидий на мероприятия по совершенствованию медицинской помощи онкологическим больным. В первую очередь они касаются уровня софинансирования расходного обязательства субъектов Федерации и его расчета. Теперь уровень софинансирования будет не выше 95% и не ниже 60%, тогда как раньше данные цифры составляли 95% и 5% соответственно. Порядок распределения субсидий между учреждениями, которые занимаются совершенствованием медицинской помощи онкологическим больным, утверждается Минздравом. Кроме того, появилась возможность сокращения размера субсидии, а также перераспределения освобождающихся средств между бюджетами других регионов. В кабинете министров считают, что новые правила позволят снизить смертность населения от онкологических заболеваний. Напомним, что правила предоставления и распределения субсидий бюджетам субъектов России на софинансирование их расходных обязательств, связанных с реализацией мероприятий по совершенствованию медицинской помощи людям с онкозаболеваниями, были утверждены постановлением кабинета министров РФ в конце 2011 года.

Источник: *medportal.ru*

Начало на стр. 3

Длительная антитромботическая терапия дезагрегантами и антикоагулянтами снижает относительный риск развития инсульта на 16–68%, а гипоплипидемическая терапия статинами — на 16%. Каротидная ангиопластика при стенозе более 70% просвета сосуда приводит к уменьшению риска на 10–30%. Наиболее опасными являются гипертонические кризы, которые приводят к нарушению гемодинамики и развитию ишемических инсультов в 60% случаев, острой сердечной недостаточности — в 40%, инфаркту миокарда — в 38% и аритмии — в 30%. При развитии гемодинамических кризов инсульт всегда является следствием острых, системных нарушений гемодинамики, среди которых гипертонические, гипотонические, аритмические, ангиодистонические, коронарные, нейроэндокринные, обтурационные факторы, и приводят к ишемии чувствительных органов.

Динамический анализ — основа индивидуального прогноза сосудистых событий. В его основе лежит теория поведения колебательных систем, изучающая их эволюцию после потери равновесия. Таким образом, кардионеврология представляет серьезную проблему в современной медицине. Кардиологические синдромы приводят к развитию инсультов и их тяжелым последствиям. В связи с этим приоритетными направлениями являются превентивная, неотложная кардионеврология, кардионеврология постинсультного периода, а также клиническая кризология, изучение и развитие которых помогут предотвратить сердечно-сосудистые события и катастрофы.

Вопрос академика А.И. Воробьева: Владимир Борисович, ну а стентирование у вас делают мозговых сосудов, помимо более дистальных отделов — каротидной артерии?

Ответ: Андрей Иванович, я упустил еще один важный момент — лечение с помощью тромболитика. Это более надежный способ, чем пытаться стентировать весь мозг.

Вопрос проф. П.А. Воробьева: В какое время от начала инсульта нужно вводить тромболитики? «Золотое время» при инфаркте миокарда — это 3 часа, а при инсульте? И кто его должен проводить — бригадой скорой помощи, участковый терапевт и каким препаратом лучше?

Ответ: Первыми с этой проблемой встречаются медицинские сестры. Проводить тромболитизис нужно как можно раньше. Среди препаратов — Алтеплаза, но использование ограничено из-за дороговизны.

Профессор П.А. Воробьев: Глубокоуважаемые коллеги, Владимир Борисович выступил с присущим ему философским докладом. Почему философским? Мы поделили человека на органы, системы, конечности, выступающие части, отдав каждому специалисту по органу. Но мы забыли о том, что человек — единое целое, единый организм, где все связано между собой. Сейчас мы с вами наблюдаем обратный процесс, когда человека начинают собирать воедино. Между кардиологом, гематологом, неврологом, интервенционным хирургом разницы нет. Все они занимаются одним и тем же. Если мы говорим об эмболии мозга, то почему мы одновременно не говорим об эмболии легких их вен или клапанов сердца, а также и других эмболиях, которые нередко мы просто не умеем диагностировать. И они тоже имеют место быть, потому что если мы говорим об инсульте или тромбозе легочной артерии, то 90% этих эмболий не диагностируются. 90% инсультов не диагностируются. Когда делают массовую визуализацию мозга, то находят очаги перенесенных инсультов, «немых» инсультов. Я напомню о докладе, сделанном здесь несколько лет назад о безболезненных формах инфаркта миокарда. Та же самая проблема! Огромное количество инфарктов люди переносят «на ногах», ничего об этом не зная. Все это результат реализации тех процессов, которые, возможно, запускаются инфекцией, воспалениями неинфекционного происхождения, аутоиммунными процессами. Затем начинается развитие гиперкоагуляционного синдрома, воспаления в сосудистой стенке, атеротромбоза. В венах, на самом деле, то же самое происходит — те же воспалительные процессы, иммунокомплексные могут влиять. В результате развиваются сердечно-сосудистые катастрофы и в артериальном, и в венозном русле. Поэтому мне кажется, что такое обратное объединение специальностей — это тенденция современной медицины. Мы переходим к неким универсальным препаратам. Гепарин, например, становится препаратом от «всех болезней». Антиагреганты тоже назначаются налево и направо. Я напомню вещи, совсем уж парадоксальные и о которых вы тоже знаете. Поражение слизистых оболочек рта, что называется парадонтозом, заканчивается инфарктом. В определенном проценте случаев все ревматические болезни (ревматоидный артрит и другие) резко повышают риск инфарктов и инсультов. Какая связь? Очень просто — воспаление! Воспаление локальное, воспаление системное, которые приводят к гиперкоагуляции и запускают тромботические синдромы. Поэтому, возвращаясь назад, скажу, что сегодняшний доклад очень важен и не столько с точки зрения практической, сколько с философской. Философии большого будущего.

Д. м. н. Овчинников Е.В.: Тема, которая сегодня поднята, насколько сложна и серьезна, потому что куда не посмотри, везде сосудистые проблемы, и эта кладь не изучена. Кардионеврология была описана задолго до 90-х годов. Еще Мясников отмечал, что при наличии кардиологических безрезультатных случаях быстро и медленно прогрессирующей артериальной гипертензии по-разному приводит к развитию инсульта. Быстро прогрессирующие гипертензии, как правило, симптоматические, вызывают нарушения гемореологии, изменение течения гипертензии. Причем связь здесь прямая — гипертония приводит к стенозам, а стенозы приводят к гипертензиям. Очень важно, чтобы коллеги вынули в эту проблему, потому что это, действительно, большая проблема, которую нужно изучать.

Академик А.И. Воробьев: Владимир Борисович, я немножко спровоцировал этот доклад. Он мне очень близок. Я не могу просто заключать. Я буду говорить, как будто я в зале сидел. Ну, я буду тогда говорить и за вас, и за себя. Поэтому, когда я кончу, вы можете заключать, возражать — одно другому не мешает. Понимаете, это не шутка сделать такой кардионеврологический доклад. У меня перед глазами профессор, ныне покойный. Он делал работу по изменениям в инфаркте при инсультах. Я сошлюсь на один исторический феномен, где это прозвучало на весь мир, не называя фамилий. Вы помните, был такой Чейн—Стокс. Это потом мы узнали, я говорю как обыватель, что Чейн — это Чейн, а Стокс — это другой человек. Когда нам объявили, что дыхательный Чейн—Стокса, то мир вздрогнул (прим. редактора — речь о смерти Сталина). А потом появились сообщения, что при этом наблюдаются тяжелые изменения в миокарде. Здесь был тяжелый, геморрагический, двусторонний инсульт, Мясников сказал, что величиной со сливу, а тут появилась очаговость в миокарде. Вот этим и занимались — очаговостью в миокарде при инсультах. Откуда она? Я понимаю, что это трудно разделить тех, кто говорит. Ну, кардиологи, ну неврологи. Я честно, плохо понимаю границу между специальностями. Дальше я буду более оптимистичен и скажу, что эти границы имеют прямое отношение к терапевтическим действиям. Как только у больного произошел инсульт — ишемический или геморрагический, то он тут же перебрался в ареал гиперкоагуляции, и вы немедленно начинаете это обходить. Любой воспалительный процесс дает гиперкоагуляцию в той или иной мере, и когда начинают обвинять аспирин в том, что он насвинячил где-то по инфекционной линии, то это понятно. Аспирин, как и любой антипиретик, «срезает» температуру и способствует развитию инфекции. Это азбука 30-х годов. Это я знаю. Почему его дают? Потому что гиперкоагуляция опасна. У диабетиков — это некрозы и гангрена, у коронарного больного — это очаги некроза в миокарде. Да, я забыл попросить извинения аудитории. Войдя в зал, я своим видом продемонстрировал, что такое ишемический инсульт. И вы можете сказать: «Ну, ты бы, Воробьев, помолчал. Ты уже свое показал и рассказал». И вот связь здесь коагулологическая. Связь одного поражения — кардиологического и другого — неврологического — тесная.

Мне в связи с докладом хочется сделать довольно оптимистическое заявление. Я работаю с тяжелейшими больными. Если это родильницы, то они попадают с тяжелейшими ДВС-синдромами. Если это лейкозы, то тяжелейший анемический синдром. И ночью, когда больной встает по нужде... Хотя он предупрежден, что не должен вставать без того, чтобы не нажать кнопку вызова медицинской сестры. Он стесняется. Встает. В результате ортостатическое головокружение, падение, удар головой. Полы у нас не кафельные, но линолеум у нас тоже не амортизирует. Наутро его находят с инсультом? Довольно много. Раньше мы вызывали нейрохирургов из института Бурденко. Но это сопряжено с большой потерей времени. Энтузиастов в этом замечательном институте при наличии у больного нулевого уровня тромбоцитов, нулевого — гранулоцитов — нет. Они долго торгуются — ехать или не ехать. Как правило — не ехать. И мы решили, тем более, что у нас много больных гемофилией, у которых удар — это геморрагический инсульт, мы решили проблему просто. Взяли нашего травматолога, и он прошел курсы нейрохирургии. Потому что для того чтобы сегодня поставить клизму, у нас нужно иметь специализацию или аккредитацию, я все время путаюсь в этом. И вот мы стали регулярно оперировать этих больных у нас в институте. Удивить нас тяжелыми больными невозможно, удивить несвертываемостью крови нельзя. Мы стали оперировать. Я вспоминаю, что в Первом МГМУ был заведующий кафедрой нейрохирургии, который говорил: «Вы должны уметь наложить фрезу так же хорошо, как и уметь сделать аппендэктомию или грыжесечение». Раньше в институтах учили серьезно. К сегодняшнему выпускнику я с такими вопросами не обращусь. Это вызывает смех. Они ничего не умеют. А тогда это было можно. Наш хирург накладывает фрезу и спасает этих больных. Какой процент? Где-то 25% при нуле в контроле. А раньше все умирали. Это интересно, ведь это не один больной. Их много. Появляется нарушение мозгового кровообращения — немедленно НовоСэвен. Немедленно! Он остановит геморраж, и больной с кровоизлиянием забудет и вас и свой инсульт. Но это надо делать быстро. Одним из первых это делал Зиновий Соломонович. Но и мы это делали. У нас свой собственный опыт — ишемический инсульт.

Вот идет человек и его качнуло, а ему за 70. Что значит его качнуло? Там тромбировался маленький сосудик. Если вы делаете компьютерную томографию, а потом еще и вазоконтрастную томографию, то находите суженный сосуд. Как сказал Владимир Борисович, есть гениальный препарат — гепарин. Это быстро. Надо вводить туда стент. И один такой случай был у меня на глазах. Парализованная рука стала двигаться прямо на стенте! Должна заниматься всем скорая, потому что на все нам отведено мало времени, максимум 3–4 часа. Немцы стали пытаться снабжать свои машины компьютерными томографами. Хороший невролог поставит меня на место, но хороший невролог клинически поставит ишемический инсульт. Он отличит от геморрагического. Можно провратиться. Можно ввести больному с геморрагическим инсультом гепарин. Всякое бывает.

Принципиально важный доклад, который заставляет думать и шевелиться. Никто нам не поможет — ни Бог, ни царь и ни герой. Все должны делать мы. Мы обнаглели — живем 70–80 лет из отпущенных 30-и. Так что будьте добрыми, поворачивайтесь и лечите стариков. И вообще их нужно использовать. Старость — не в радость, но старики могут такое, что другие не могут. Спасибо Вам за доклад.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 13.03.2013**

Председатель: академик РАМН Н.А. Мухин

Секретарь: Башлакова Е.Е.

Повестка дня: Профессор В.В. Цурко (кафедра гематологии и гериатрии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова).

Болевой синдром и микрокристаллическая артропатия

Микрокристаллические артропатии — одна из спорных проблем медицины, вариантов которых существует огромное множество. Речь о пирофосфатной артропатии. Еще наш учитель профессор Остапенко О.Н. занималась этой проблемой. Но был период, когда этим вопросом вообще никто не занимался. В 60—70-х годах о ней говорили очень много, а в 90-е забыли. Сейчас интерес к данной патологии снова возрос. В Европе пирофосфатная артропатия занимает 3-е место среди всех болезней суставов.

Суставной синдром — собирательное понятие, включающее многочисленные заболевания, объединенные общим анатомо-клиническим синдромом и характеризующиеся болью в области суставов и характерными рентгенологическими изменениями. Основной формой дегенеративных заболеваний суставов, составляющей, примерно, 60% является остеоартроз с депонированием кристаллов пирофосфата или гидроксиапатита кальция. Кроме того, в данную группу включены различные варианты сочетания остеоартроза с другой патологией: с гипо- или гипертиреозом, с гиперпаратиреозом или гипомагнемией, с остеопорозом или кальцинозом, с болезнью Форестье (диффузный идиопатический скелетный гиперостоз), с метаболическим синдромом и гиперурикемией, с хронической болезнью вен нижних конечностей, а также посттравматический остеоартроз, после асептического некроза, ювенильных ревматических заболеваний, менопаузальный (узловая форма дистальных и проксимальных поражений суставов кистей) и остеоартроз с подагрой и болезнями депонирования кристаллов. К последним относятся отложение кристаллов гидроксиапатита кальция, являющееся облигатным признаком остеоартроза, болезнь отложения кристаллов дигидрата пирофосфата кальция и хондрокальциноз, которые возникают исключительно в хрящах, подагра (болезнь отложения кристаллов моноурата натрия), отложение кристаллов оксалата кальция и кристаллов триамсинолона ацетата.

Суставной синдром при пирофосфатной артропатии проявляется различными морфологическими формами. В патологический процесс вовлекаются все компоненты сустава. Наиболее часто это:

Тендинит — растяжение, а также снижение толерантности сухожилий и связок к механической нагрузке. Как правило, проявляется механическим (вечерним) типом боли.

Синовит — наблюдается в 90% случаев и характеризуется наличием эрозий, вследствие активно протекающих воспалительных процессов. Проявляется постоянной болью в суставах. В последнее время участились случаи вторичного синовита, обусловленного введением гормональных препаратов. Так, препарат Метипред имеет в своем составе целлюлозную основу, состоящую из больших молекул. При введении в полость сустава молекулы целлюлозы вызывают вторичное воспаление или усугубляют уже имеющееся.

Капсулит — воспаление капсулы сустава с постоянным болевым синдромом.

Хондрит — повреждение хряща с сужением суставной щели. Болевой синдром при данной форме отсутствует.

Остит — склероз и отек субхондральной кости с явлениями воспаления, нарушением венозного оттока, медулярной гипертензией и микропереломами, которые сопровождаются ночными болями.

Остеофиты — способствуют растяжению нервных окончаний в периостии, внедрению в мягкие, околоуставные ткани, что проявляется так называемым синдромом «суставной мыши», а также внезапной резкой болью, обусловленной «блокадой сустава».

Миозит — обусловлен воспалением, дегенерацией и спазмом мышц и сопровождается постоянной болью.

Детрит — образование и локализация которого в суставной полости обуславливает стартовую боль.

По рекомендациям Европейской антиревматической лиги по терминологии и диагностике болезней депонирования кристаллов, пирофосфатная артропатия и хондрокальциноз, являющийся «конечной точкой» развития пирофосфатной артропатии, являются наиболее частой формой суставного синдрома, встречаются в возрасте 40—79 лет и составляют 2,4—4,5% в общей популяции. Депонирование кристаллов пирофосфата кальция встречается исключительно в фиброзном и гиалиновом хряще суставов. Основываясь на химической структуре кристаллов, McCarty в 1961 г ввел определение «кристаллы пирофосфата кальция дигидрата», а суставной симптомокомплекс назвал псевдоподагрой. В Европе появился термин «пирофосфатная артропатия».

Клинические формы заболевания: 1) бессимптомное депонирование определяется случайно как находка при инструментальном исследовании; 2) остеоартроз с депони-

рованием кристаллов пирофосфата кальция и выраженной клиникой суставного синдрома — выявляется при инструментальном или гистологическом исследовании; 3) острый артрит с кристаллами пирофосфата кальция (эквивалент псевдоподагры) с острым началом, самолимитирующий характер синовита с кристаллами пирофосфата кальция; 4) хронический артрит с кристаллами пирофосфата кальция (псевдоревматоидный) — хронический артрит, ассоциированный с депонированием кристаллов пирофосфата.

Взаимосвязь остеоартроза и депонирования пирофосфатов кальция очевидна. В результате клинических исследований показано, что остеоартроз с кристаллами пирофосфата кальция отличается от идиопатического остеоартроза. Наиболее часто он наблюдается у лиц пожилого возраста (старше 65 лет). По клиническому течению хронический или острый кристалл-индуцированный артрит сопровождается выраженным остеофитозом, острым воспалением (синовит). В процесс часто вовлекаются коленные, плечевые, локтевые, лучезапястные, I плюснефаланговый суставы, поражаются суставы свода стопы, а также связки плеча. В течение 6—24 ч наблюдается развитие выраженного



суставного синдрома с болью, скованностью, отеком, эритемой и нарушением функции сустава. Выявляемые при рентгенографии выраженный остеофитоз и кисты, хондрокальциноз у пожилых пациентов повышают вероятность диагноза, который подтверждается наличием кристаллов пирофосфата кальция при микроскопии в синовиальной жидкости. При хронизации артрита с кристаллами пирофосфата, как правило, наблюдается олиго- или полиартрит с симптомами воспаления, увеличением показателей воспаления — СРБ и РОЭ, перемежающимися вспышками артрита с характерными признаками кристаллического артрита. Кристаллы пирофосфата кальция обнаруживаются внутриклеточно в синовиальной жидкости или в биопсийной ткани без или со светоотражением. Любую синовиальную жидкость, полученную при синовите с неустановленным диагнозом, особенно из коленного и лучезапястного суставов у пожилого пациента, необходимо исследовать на кристаллы пирофосфата кальция и уратов. Основной инструментальный метод диагностики пирофосфатной артропатии — рентгенография — выявляет хондрокальциноз, подтверждает диагноз депонирования кристаллов пирофосфата кальция, однако отсутствие его не исключает диагноз. УЗИ суставов может визуализировать депонирование кристаллов пирофосфата кальция в виде гиперэхогенной полоски внутри гиалинового хряща и гиперэхогенных включений в фиброзной части хряща. Чувствительность и специфичность УЗИ высоки и превосходят рентгенографию в диагностике артрита.

Хондрокальциноз характеризуется кальцификацией хрящей коленных и лучезапястных суставов, лобкового симфиза, кальцинозом гиалинового суставного хряща, чаще коленных и тазобедренных суставов. Для невоспалительных изменений суставов сужение суставной щели является важным рентгенологическим симптомом, который напрямую связан с патологическими изменениями, происходящими в суставном хряще. При этом суставная щель имеет различную ширину. Обнаруживается обызвествление связок, сухожилий, суставной капсулы, синовиальной оболочки и околоуставных мягких тканей. Наблюдается выраженное симметричное сужение суставной щели, непропорционально крупные субхондральные кисты, субхондральный остео-склероз, мелкие остеофиты (их размер не соответствует выраженному сужению суставной щели и изменению субхондральной кости). Как правило, наблюдается двустороннее поражение суставов. Рентгенография костей таза в прямой проекции позволяет определить начинающееся обызвествление хряща в верхнебековых отделах головки бедренных костей, в крестцово-подвздошных суставах и в лобковом симфизе. Типичная картина поражения позвоночника — обызвествление фиброзного кольца и пульпозного ядра многих дисков. Эти изменения напоминают спондилоартроз, однако они более выражены и имеют большую распространенность. При подозрении сочетания острого или септического артрита с кристаллами пирофосфата кальция, даже в случае выявления кристаллов или хондрокальциноза, необходимо провести микробиологическое исследование. У пациентов с депонированием кристаллов пирофосфата необходимо выявить факторы риска и сопутствующие забо-

Продолжение на стр. 6

ИнтерНьюс

Плохое поведение детей связали с нарушением режима ночного сна

Укладывание в постель на ночной сон каждый день в одно и то же время с самого раннего возраста имеет огромное значение для психического здоровья ребенка. Как установили исследователи из University College London, у детей, чьи родители не следят за соблюдением их режима, к семилетнему возрасту значительно повышен риск развития поведенческих расстройств по сравнению с теми, кто всегда вовремя ложится спать. Авторы проанализировали массив данных, касающихся более 10 тысяч семилетних британских детей, принимавших участие в исследовании UK Millennium Cohort Study. Принималась во внимание информация об их режиме сна в три, пять и семь лет, а также данные об их поведенческих проблемах, сообщения матерями и учителями. В результате была выявлена статистически значимая связь между режимом ночного сна и психическим здоровьем детей. Те из них, кого в раннем детстве укладывали спать на ночь в разное время, значительно чаще сверстников сталкиваются с такими проблемами, как синдром гиперактивности и дефицита внимания, нарушения социальной и эмоциональной сферы и так далее. При этом, — установили авторы, восстановление нормального режима сна и бодрствования в итоге положительно влияет на поведение детей. Причина выявленных негативных последствий лежит в нарушении естественных циркадных ритмов организма, влекущих за собой дефицит сна и, как следствие, повреждение мозговых структур, отвечающих за контроль поведения. Как отметила ведущий автор работы профессор Ивонн Келли, отсутствие режима дня у ребенка индуцирует в его организме состояние, аналогичное постоянному джет-лагу, что не может не влиять на его здоровье и развитие.

Источник: Pediatrics

Феномен «на кончике языка» исключили из числа предвестников слабоумия

Так называемый феномен «на кончике языка» — неспособность вспомнить какое-либо хорошо знакомое слово, например, название кинофильма или имя актера, которое буквально «вертится на кончике языка», но никак не может «всплыть» и спонтанно вспоминается некоторое время спустя — вопреки распространенному убеждению, отнюдь не является ранним признаком наступления старческого слабоумия. Специалисты по психологии и неврологии из университета штата Вирджиния Тимоти Солтхаус и Эриэль Мэнделл решили проверить наличие взаимосвязи между частотой случаев таких кратковременных провалов памяти и возрастом, а также наличием реальных симптомов ухудшения эпизодической памяти, которая в первую очередь страдает при старческой деменции. В исследовании были задействованы более 700 человек в возрасте от 18 до 99 лет, которых в лабораторных условиях просили назвать известные места на планете, имена знаменитых людей или различные предметы, основываясь на их кратком описании или изображении. При этом участники должны были в каждом случае указывать, какие ответы они знают, какие — нет, а какие «вертятся у них на языке». Как оказалось, наиболее часто подобное чувство респонденты испытывали, пытаясь вспомнить имена политиков или «селебритиз». Более пожилые участники эксперимента в целом несколько чаще молодых сообщали о том, что знают, но никак не могут вспомнить то или иное имя или название, а также продемонстрировали более низкий уровень эпизодической памяти. Однако, приняв во внимание различные привходящие факторы, например общий уровень образования респондентов, авторы пришли к выводу, что связь между частотой мучительных когнитивных замочков и началом старческого слабоумия отсутствует, оба феномена существуют отдельно один от другого.

Источник: Psychological Science

Домашние дела нельзя считать полноценной физической активностью

Когда учитывают уровень физической активности, нередко принимают в расчет и активность, связанную с работой по дому. Но последние исследования говорят о том, что это неправильно. Согласно данной точке зрения, мало кто набирает за неделю рекомендованные врачами 150 минут физической активности. Опрос 4500 человек показал: люди, учитывавшие домашние дела при оценке уровня своей активности, весили больше тех, кто учитывал другой вид деятельности. На самом деле, можно брать в расчет лишь ту деятельность, что провоцирует учащение сердцебиения и заставляет дышать чаще. Правда, любая активность лучше, нежели ее полное отсутствие. Участники опроса рассказывали, чем занимались дома и какой образ жизни вели в целом. Оказалось, домашние дела (всплески активности на 10 минут и более) относились к 36% активности. Но, когда исследователи проанализировали вес и рост людей, выяснилось, что лишь пятая часть женщин набирала рекомендованные показатели недельной активности, если исключалась домашняя работа. В исследовательскую группу входили сотрудники университетов Ольстера, Шеффилда и Вулверхэмптона. По словам специалистов, люди весили больше, вероятно, по той причине, что переоценивали затраты сил или же переждали, компенсируя потери.

Источник: BBC

ИнтерНьюс

Длительное потребление никотина ослабляет способность переносить боль

Курильщики, настоящие и бывшие, более чувствительны к боли, чем люди, никогда не пробовавшие курить, установили специалисты. До этого была доступна противоречивая информация относительно связи никотина и болевых ощущений. Кто-то говорил, что сигареты уменьшают чувствительность, кто-то — обратное (курильщики больше предрасположены к острой и хронической боли). Доктор Аслак Йохансен из Университетского госпиталя Норт Вэй решил разобраться в вопросе, исследовав 10 364 добровольцев. 22,1% женщин и 18,8% мужчин, принимавших участие в исследовании, курили. 38,6% женщин и 46,8% мужчин курили раньше. Их чувствительность оценивалась с помощью теста с ледяной водой (требовалось максимально долго держать руку в холодной воде). Оказалось, лучше всего боль переносили люди, никогда не курившие. Хуже всего — курильщики. За ними шли бывшие курильщики. А вот шотландские эксперты (Университет Данди) проанализировали связь курения, хронической боли и депрессии. По их мнению, именно депрессия может играть важную роль в связи курения и хронической боли, о чем говорит обследование 24 042 добровольцев.

Источник: Medical News Today

Россияне все меньше доверяют прививкам от гриппа, а их работодатели — все больше

Как только сезон солнечных ожогов и комариных укусов перешел в сезон простуд и ОРВИ, медики, в том числе главный государственный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко, стали убеждать граждан заранее сделать прививку от этой болезни. Однако, как выяснил Исследовательский центр портала Superjob.ru, россияне таким советам следовать не торопятся: не видят эффекта от прививки и боятся возможных осложнений. Лишь каждый пятый из опрошенных нами 1600 экономически активных россиян считает, что прививку от гриппа надо делать ежегодно, если к этому нет противопоказаний. 57% категорически против, а около четверти (23%) затруднились с ответом и делать прививку не торопятся. Женщины осторожнее: они считают необходимой такую вакцинацию намного реже мужчин (18% и 23% соответственно). В течение 6 лет граждане все прохладнее относились к прививкам от гриппа. С 2008 года число граждан, которые верили в эффективность такой вакцинации, упало на 17 процентных пунктов, а противники прививок перешли в уверенное большинство — с 48% до 57%. Даже те, кто готов вакцинироваться, хотели бы делать это «не более трех лет подряд», чтобы не «осаждать» иммунитет. Противники прививок опасаются, что такие меры не универсальны, вирус гриппа быстро изменяется, и человек все равно может заболеть. «Я считаю, что организм должен сам бороться»; «Лучше осуществлять более качественную поддержку организма во время эпидемии», — рассуждали опрошенные. Тем не менее, во многих организациях и на предприятиях эпидемию стараются не пустить на самотек. По данным опроса 500 менеджеров по персоналу, число российских компаний, где сотрудникам предлагают сделать прививку от гриппа, за последние годы выросло с 30% до 36%. И если в октябре 2009 года почти в половине (48%) компаний никаких мер против гриппа не практиковали, то сейчас подобное равнодушие к здоровью сотрудников проявляют лишь 43%. Кроме вакцины, в ход идут и другие методы. В каждой двадцатой компании применяют «народные средства» против гриппа. Обычная практика для 2% предприятий и организаций — раздавать сотрудникам витамины и БАДы, а заболевших сразу отправлять домой лечиться, не поощряя их трудовые подвиги в состоянии болезни. При этом руководство фирм стало в 4 раза меньше рассчитывать на эффект от разъяснительной работы и пропаганды здорового образа жизни. Среди названных кадровиками способов борьбы с эпидемией гриппа — санитарная обработка и кварцевание помещений, ношение повязок и масок, занятия спортом, иммуностимуляторы и противовирусные препараты и другое. Тем, кто работает на улице, выдают спецодежду по сезону, а в помещении ставят обогреватели и очистители воздуха. Сотрудников некоторых фирм поят имбирным чаем или отваром шиповника, покупают им фрукты, раздают лимоны или чеснок. Арсенал народных средств, перечисленных кадровиками, поражал своим разнообразием. Однако главным способом борьбы с гриппом все же остается бесплатная вакцинация за счет работодателя или в рамках полиса ДМС — так поступают в 36% российских компаний. Место проведения опроса: Россия, все округа населенных пунктов: 168
Время проведения: 3—5 октября 2013 года
Исследуемая совокупность: экономически активное население России старше 18 лет
Размер выборки: 1600 респондентов

Источник: Superjob.ru

Начало на стр. 5

левания, такие как травма суставов в анамнезе, метаболические нарушения — гемохроматоз, первичный гиперпаратиреоз, гипомагнемия и редкая семейная предрасположенность. Метаболическая и семейная предрасположенность особенно важна у пациентов до 55 лет в случае тяжелого полиартикулярного хондрокальциноза.

Фасеточный синдром наиболее часто наблюдается в возрасте старше 65 лет и сопровождается хронической болью в поясничной области (в 60% случаев), дистрофическими изменениями в дугоотростчатых суставах (по данным компьютерной томографии — 40—85%). Пирофосфаты кальция часто обнаруживаются в полости сустава. При этом боль не меняется при кашле, разгибании позвоночника, наклоне туловища вперед, максимальном наклоне вперед и выпрямлении, разгибательно-вращательных движениях. Боль несколько уменьшается в положении лежа.

Рекомендации EULAR по лечению болезней депонирования кристаллов пирофосфата кальция дигидрат: терапия должна учитывать выраженность клинических проявлений заболевания (наличие острого или хронического артрита или остеоартроза, а также бессимптомное течение). Важны и общие факторы, такие как возраст, полиморбидность и т.д., а также предрасполагающие заболевания и состояния. Важно отметить, что бессимптомное депонирование пирофосфатных кристаллов не является показанием для терапии. Для острого артрита оптимальным и безопасным лечением является покой, холод, аспирация суставной жидкости и внутрисуставное введение пролонгированных глюкокортикоидов. Терапия острого артрита включает пероральный прием нестероидных противовоспалительных препаратов на фоне гастропротективной терапии и низкие дозы колхицина (0,5 мг 3—4 раза в сутки с или без начальной дозы в 1 мг). Данные средства эффективны, тем не менее их использование зачастую ограничено, особенно у пациентов пожилого возраста. При остром артрите пероральный курс глюкокортикоидов, пероральный или парентеральный аденокортикостероидного гормона может быть альтернативой в случае отсутствия ответа на внутрисуставное введение глюкокортикоидов, прием колхицина или НПВС. Профилактика частых атак артрита проводится низкими дозами колхицина (0,5—1 мг ежедневно) или низкими дозами нестероидных противовоспалительных препаратов при необходимости в сочетании с низкими дозами гастропротекторов. Таким образом, ведение и лечение больных с остеоартрозом, обусловленным кристаллами пирофосфата кальция такое же, как и без них.

При хроническом воспалительном артрите терапия включает прием нестероидных противовоспалительных препаратов в сочетании с гастропротективными препаратами, колхицина (0,5—1,0 мг в день), низкие дозы глюкокортикоидов, метотрексат и гидроксихлорохин. При выявлении сопутствующей болезни, таких как гиперпаратиреоз, гемохроматоз или гипомагнемия необходимо проводить соответствующую коррекцию терапии.

Вопрос академика Н.А. Мухина: Лечение всех этих симптомов артропатий, как правило, симптоматическое. Что-то известно об этиологии процессов? Есть ли аналогия с подагрой?

Ответ: Патогенетический механизм развития подагры изучен достаточно хорошо и лучше, чем при пирофосфатной артропатии. Некоторые сходства все же есть. Как и при подагре, при пирофосфатной артропатии макрофагальные клетки активно захватывают кристаллы пирофосфата и активизируют провоспалительные агенты. Ранее считалось, что синовиальные клетки выполняют функцию макрофагов и поглощают как кристаллы моноурата, так и пирофосфата.

Сегодня многочисленные исследования показывают, что синовиальные клетки остаются интактными. Компоненты комплемента активизируются, запуская процесс воспаления и уже после этого вовлекают в патологический процесс синовию, которые запускают макрофагальное, нейтрофильное воспаление. В отличие от подагры, воспаление при пирофосфатной артропатии имеет вялотекущее, медленное течение. Аллопуринол препятствует отложению мочевой кислоты. Однако сам аллопуринол выводится из организма через почки, наряду с мочевой кислотой оказывает токсическое действие и вызывает поражение почечных канальцев. Так, поражение почек при подагре наблюдается спустя 2—3 года от начала заболевания и приема аллопуринола. Так же, как и препарат нимесулид, активно подавляет воспаление при подагре, но в некоторых клинических исследованиях, примерно 4—5 лет назад, было показано, что он является крайне гепатотоксичным. Сейчас нимесулид «реабилитирован» и снова представлен на фармакологическом рынке.

Вопрос академика Н.А. Мухина: Вы все время сравниваете с подагрой. Всем нам известно, что подагра развивается у людей, страдающих ожирением, имеющим хорошее питание и т.д. А при пирофосфатной артропатии существует ли взаимосвязь с образом жизни? Можно ли рекомендовать какие-либо препараты, кроме нестероидных противовоспалительных?

Ответ: Таких исследований не проводилось. Факторов риска развития пирофосфатной артропатии нет, но замечено снижение магния в крови и гиперпаратиреоз в дебюте заболевания.

Вопрос академика Н.А. Мухина: Какое значение имеет наследственность? Чаще болеют женщины или мужчины?

Ответ: Наследственность имеет значение при артрозе мелких суставов кистей, т.е. при наличии такого клинического признака, как узелки Бушара и Гебердена. Для практикующего врача важно знать, что чаще болеют женщины с гипомагнемией и гиперпаратиреозом, с поражением крупных суставов.

Вопрос академика Н.А. Мухина: Имеются ли органические поражения при этом виде артропатии? При подагре они яркие и известны.

Ответ: В настоящее время принято связывать нарушение обмена пирофосфата кальция с кальцинозом артерий или развитием мочекаменной болезни. Однако частота развития кальцификатов была одинакова как при наличии пирофосфатной артропатии, так и без нее.

Вопрос: При подагре существует определенная диета, а при пирофосфатной артропатии?

Ответ: В последнее время рекомендации по диете при подагре несколько пересмотрены. При самом строгом соблюдении режима питания снизить уровень мочевой кислоты удается всего лишь на 30 ммоль/л, а это не так много. Раньше считалось, что красное вино повышает уровень мочевой кислоты, сейчас показано, что несущественно. Доказано, что только 2 продукта достоверно снижают уровень мочевой кислоты — вишня и молочно-кислые продукты. Однако нужно отметить, что при подагре повышен уровень кислотности желудочного сока. В этой ситуации больные подагрой не очень хорошо переносят эти продукты. В последнее время широко обсуждается вопрос о наличии, как липопротеидов низкой, средней и высокой плотности, так и пуринов — большого и малого удельного веса. Пурины растительного происхождения лучше метаболизируются и выводятся почками, чем животного. Пирофосфатная артропатия чаще сопровождается повышением уровня мочевой кислоты, чем в общей популяции.

Вопрос: Имеют ли вирусы какую-либо в развитии пирофосфатной артропатии?

Ответ: Таких данных нет.

V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС МОООФИ «СПРАВЕДЛИВОСТЬ, КАЧЕСТВО, ЭКОНОМИЧНОСТЬ»

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас, принять участие в работе XV Международного конгресса Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» «Справедливость, Качество, Экономичность». Конгресс пройдет 16—17 декабря 2013 года в гостинице «Холидей Инн Сокольники» ул. Русаковская 24, Москва. Регистрация участников 16 декабря с 09-00. Принятие тезисов — до 31 октября. Вход — свободный.

Темы конгресса:

- медицина, основанная на доказательствах
- клиничко-экономический анализ
- ценообразование на лекарственные средства
- дженерики и биоаналоги
- взаимодействие пациентских организации
- информационные технологии в медицине
- геронтофармакология, фармакогенетика
- редкие болезни
- заседания рабочих групп по оценке и стандартизации медицинских технологий.

Место проведения: Гостиница «Холидей Инн» Сокольники, г. Москва, Русаковская ул., дом 24

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: "ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ".

Телефон/факс: (499) 782-31-09, www.rsporg.ru

Председатель оргкомитета проф. Воробьев Павел Андреевич

Контактные лица: Директор по экономике МОООФИ М.А. Холownя
8-963-672-24-31

malwina.holownia@rsporg.ru

Станислава Лещинская родилась 8 мая 1896 в г. Лодзи, Польша, окончила частную гимназию Вацлава Мацевского там же. Станислава Лещинская была дочерью Яна и Генрики Замбжицких. Ее отец был столяром, а мать работала на текстильной фабрике «ИК Познански». В 1908 году Станислава отправилась со своей семьей в Рио-де-Жанейро, где жила близкая родственница ее матери. Вернулась в Польшу в 1910 году, продолжив прерванное выезда образование в гимназии, которую окончила в 1914 году. Во время Второй мировой войны она работала в Комитете по помощи бедным. 17 октября 1916 она вышла замуж за Бронислава Лещинского (р. 1888), верстальщика, в браке с которым у нее родилось трое детей: дочь Сильвия и сыновья: Станислав и Генри. В 1920 году Станислава переехала в Варшаву, где стала учиться в Акушерской школе, закончив ее с отличием в 1922 году. Лещинские незадолго до начала Второй мировой войны жили в Лодзи — Балуты на улице Журавей 7. С началом войны в этой области было создано еврейское гетто, и семья была вынуждена переехать на соседнюю улицу Вспульную, 3.

Во время немецкой оккупации города Лодзь муж и сыновья Станиславы принимали активное участие в борьбе Национальных вооруженных сил (НСЗ) в этом городе.

Вся семья была арестована в ночь с 19 на 20 февраля 1943 года. Станислава и ее дочь были высланы в женскую тюрьму на ул. Гданьской, 13, а муж и сыновья в тюрьму на улице С. Стерлинга (тогда Robert-Koch-Str.) 16. Позднее женщины были перевезены в Освенцим — Биркенау (17 апреля 1943 г.), в то время как мужчины после расследования и судебного решения в концлагеря Радогощ и Гросс-Розен (23 июня 1943 г.).

Станислава Лещинская в Биркенау работала акушеркой в немецком концлагере Аушвиц II (Биркенау), номер заключенного 41335. Она занимала эту должность до освобождения лагеря Красной Армией (27 января 1945). За это время, несмотря на все запреты и противодействия лагерного начальства, приняла около 3000 родов. Этот этап своей жизни в лагере Станислава Лещинская описала в книге «Отчет акушерки из Освенцима», которая была написана с того момента, когда Лещинская вышла на пенсию в 1957 году. Первое издание книги состоялось в журнале «Обзор медицины» в 1965 году. Книга стала основой для музыкальной драмы «Освенцимская Оратория» Анны Герман и Ежого Максимюк (премьера 1970).

Станислава Лещинская умерла 11 марта 1974 от рака, ее похороны состоялись на кладбище Святого Рохы в Лодзи на улице Згерской в Радогощи. В 1996 году ее останки были перенесены в Успенский костел. С 1983 года Краковская школа акушерок носит имя Станиславы Лещинской. В Польше Станислава Лещинская причислена к лику святых.

Фрагмент книги «Отчет акушерки из Освенцима»

Из тридцати пяти лет работы акушеркой два года я провела как узница женского концентрационного лагеря Освенцим-Бжезинка, продолжая выполнять свой профессиональный долг. Среди огромного количества женщин, доставлявшихся туда, было много беременных. Функции акушерки я выполняла там поочередно в трех бараках, которые были построены из досок, со множеством щелей, прогрызенных крысами. Внутри барака с обеих сторон возвышались трехэтажные койки. На каждой из них должны были поместиться три или четыре женщины — на грязных соломенных матрацах. Было жестко, потому что солома давно стерлась в пыль, и больные женщины лежали почти на голых досках, к тому же не гладких, а с сучками, натравившими тело и кости.

Посередине, вдоль барака, тянулась печь, построенная из кирпича, с топками по краям. Она была единственным местом для принятия родов, так как другого сооружения для этой цели не было. Топили печь лишь несколько раз в году. Поэтому донимал холод, мучительный, пронизывающий, особенно зимой, когда с крыши свисали длинные сосульки.

О необходимой для роженицы и ребенка воде я должна была заботиться сама, но для того чтобы принести одно ведро воды, надо было потратить не меньше двадцати минут.

В этих условиях судьба рожениц была плачевной, а роль акушерки — необычайно трудной: никаких асептических средств, никаких перевязочных материалов. Сначала я была предоставлена сама себе; в случаях осложнений, требующих вмешательства врача-специалиста, например при отделе-

нии плаценты вручную, я должна была действовать сама. Немецкие лагерные врачи — Роде, Кениг и Менгеле — не могли запятнать своего призвания врача, оказывая помощь представителям другой национальности, поэтому вызывать к их помощи я не имела права. Позже я несколько раз пользовалась помощью польской женщины-врача, Ирены Конечной, работавшей в соседнем отделении. А когда я сама заболела сыпным тифом, большую помощь мне оказала врач Ирена Бялувна, заботливо ухаживавшая за мной и за моими больными.

О работе врачей в Освенциме не буду упоминать, так как то, что я наблюдала, превышает мои возможности выразить словами величие призвания врача и героически выполненного долга. Подвиг врачей и их самоотверженность запечатлелись в сердцах тех, кто никогда уже об этом не сможет рассказать, потому что они приняли мученическую смерть в неволе. Врач в Освенциме боролся за жизнь приговоренных к смерти, отдавая свою собственную жизнь. Он имел в своем распоряжении лишь несколько пачек аспирина и огромное сердце. Там врач работал не ради славы, чести или удовлетворения профессиональных амбиций. Для него существовал только долг врача — спасать жизнь в любой ситуации.

Количество принятых мной родов превышало 3000. Несмотря на невыносимую грязь, червей, крыс, инфекционные болезни, отсутствие воды и другие ужасы, которые невозможно передать, там происходило что-то необыкновенное.

Однажды эсэсовский врач приказал мне составить отчет о заражениях в процессе родов и смертельных исходах среди матерей и новорожденных детей. Я ответила, что не имела ни одного смертельного исхода ни среди матерей, ни среди детей. Врач посмотрел на меня с недоверием. Сказал, что даже усовершенствованные клиники немецких университетов не могут похвастаться таким успехом. В его глазах я прочитала гнев и зависть. Возможно, до предела истощенные организмы были слишком бесполезной пищей для бактерий.

Женщина, готовящаяся к родам, вынуждена была долгое время отказывать себе в пайке хлеба, за который могла достать себе простыню. Эту простыню она разрывала на лоскуты, которые могли служить пеленками для малыша.

Стирка пеленок вызвала много трудностей, особенно из-за строгого запрета покидать барак, а также невозможности свободно делать что-либо внутри него. Выстиранные пеленки роженицы сушили на собственном теле.

До мая 1943 года все дети, родившиеся в освенцимском лагере, зверским способом умерщвлялись: их топили в бочонке. Это делали медсестры Клара и Пфани. Первая была акушеркой по профессии и попала в лагерь за детоубийство. Поэтому она была лишена права работать по спе-

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.

циальности. Ей было поручено делать то, для чего она была более пригодна. Также ей была доверена руководящая должность старосты барака. Для помощи к ней была приставлена немецкая уличная девка Пфани. После каждых родов из комнаты этих женщин до рожениц доносились громкое бульканье и плеск воды. Вскоре после этого роженица могла увидеть тело своего ребенка, выброшенное из барака и разрываемое крысами.



Отчет акушерки из Освенцима

ИнтерНьюс

Россиян будут лечить в санаториях

К 2020 году количество отдыхающих в санаториях россиян должно увеличиться в пять раз — с нынешних 9% до 45%. Об этом заявила главный специалист Министерства здравоохранения и Федерального медико-биологического агентства (ФМБА России) по санаторно-курортному лечению Наталья Корчажкина. Стимулирование санаторно-курортного лечения и развитие медицинской реабилитации в России являются одним из пунктов госпрограммы по развитию здравоохранения в стране. «Одним из основных целевых показателей (подпрограммы) является охват пациентов санаторно-курортным лечением. Если в 2011 году этот показатель составлял всего 3,5%, в 2012 году — 6%, то за прошедший период 2013 года — уже 9%. Но мы должны стремиться к тому, чтобы охват санаторно-курортным лечением составлял не менее 45% к 2020 году», — сказала Наталья Корчажкина. По словам чиновницы, на данный момент основная проблема заключается в том, что за последние несколько лет в России уменьшилось количество санаториев для взрослых и лишь немного возросло число аналогичных организаций для семей (взрослых с детьми) и детских оздоровительных лагерей. В результате, за последние пять лет, количество взрослого населения, побывавшего в санаториях, уменьшилось на 381 тысячу человек. Не спасает ситуацию и разработка специализированных оздоровительных программ на 12—14 дней вместо традиционного 21 дня. Люди все меньше бывают в санаториях, вынуждая тем самым закрывать все больше медицинских учреждений. В качестве одной из возможностей «оживить» курортное лечение и подогреть к нему интерес Минздрав предлагает создать так называемые кабинеты санаторно-курортного лечения в Центрах здоровья по всей стране. Таким образом, для «простого оздоровления» поступать в санаторий будет не обязательно, достаточно обратиться в соответствующий кабинет при курортной поликлинике. Кроме кабинетов в планах, Минздрава разделить все курорты и санатории на организации, в которых будут заниматься лечением социально значимых заболеваний (туберкулез, онкология и т.д.), специализированные санатории для прохождения реабилитации и санатории для льготников.

Источник: Medportal.ru

Минздрав: на санитарную авиацию в 2014 году потратят более млрд

За два года на развитие санавиации уйдет 2,2 млрд рублей. На развитие санитарной авиации в России в 2014 году власти планируют направить более 1 млрд рублей. Об этом сообщила глава российского Минздрава Вероника Скворцова, выступая в Совете Федерации в рамках «правительственного часа». По ее словам, в 2013—2014 годах в наиболее нуждающихся регионах запланирована реализация пилотных проектов. В ведомстве пояснили, что прежде всего санавиация будет развиваться в Амурской и Архангельской областях, Хабаровском крае, Республике Саха—Якутия. Минздрав разработал концепцию развития санитарной авиации в начале этого года. В феврале этого года она была внесена в правительство. В октябре прошлого года министр здравоохранения Вероника Скворцова рассказала, что Минздрав задействует вертолеты для диспансеризации россиян в тех районах, где невозможно применение санавиации. По ее словам, потребность в такой технике есть в 40 регионах.

Источник: bfm.ru

Вопреки советам врачей, люди не моют руки после туалета

Каждый пятый человек не моет руки после похода в уборную. 10% просто споласкивают пальцы, а 40% моют руки менее 10 секунд. Такие результаты исследования британских специалистов. Они также выяснили, что британцы моют руки 3—5 раз в день (рекомендованное количество — 8—10 раз в день). Хуже всего следят за гигиеной мужчины (они в два раза реже используют мыло). При этом каждый десятый предпочитает избежать общественного транспорта, опасаясь микробов. Люди также боятся общественных туалетов, дверных ручек и ручек спуска воды в самих туалетах. Но это не останавливает 10% офисных работников, сидящих в туалете через телефон в интернете. 5% там читают документы. Такая привычка повышает риск распространения патогенов по офису. Независимые исследования показали: E.coli находили не раз на различных поверхностях, включая даже кубики льда и сумки из супермаркетов. Специалисты советуют мыть руки теплой водой с мылом или антибактериальным средством на протяжении минимум 20 секунд. Но обычно люди сокращают это время на 50%. У среднестатистического человека на руках находится более 10 миллионов бактерий. Поэтому гигиене нужно уделять особое внимание. Соблюдение правил позволит снизить риск смертельно опасной диареи на 47%.

Источник: The Daily Mail

Начало на стр. 8 ➔

В мае 1943 года положение некоторых детей изменилось. Голубоглазых и светловолосых детей отнимали у матерей и отправляли в Германию с целью денационализации. Пронзительный плач матерей провожал увозимых малышей. Пока ребенок оставался с матерью, само материнство было лучом надежды. Разлука была страшной.



Церковь Св. Анны, около Варшавы

Еврейских детей продолжали топить с беспощадной жестокостью. Не было речи о том, чтобы спрятать еврейского ребенка или скрыть его среди нееврейских детей. Клара и Пфани попеременно внимательно следили за еврейскими женщинами во время родов. Рожденного ребенка татуировали номером матери, топили в бочонке и выбрасывали из барака.

Судьба остальных детей была еще хуже: они умирали медленной голодной смертью. Их кожа становилась тонкой, словно пергаментной, сквозь нее просвечивали сухожилия, кровеносные сосуды и кости. Дольше всех держались за жизнь советские дети; из Советского Союза было около 50% узниц.

Среди многих пережитых там трагедий особенно живо запомнилась мне история женщины из Вильно, отправленной в Освенцим за помощь партизанам. Сразу после того, как она родила ребенка, кто-то из охраны выкрикнул ее номер (заключенных в лагере вызывали по номерам). Я пошла, чтобы объяснить ее ситуацию, но это не помогало, а только вызвало гнев. Я поняла, что ее вызывают в крематорий. Она завернула ребенка в грязную бумагу и прижала к груди... Ее губы беззвучно шевелились — видимо, она хотела спеть малышу песенку, как это иногда делали матери, напевая своим младенцам колыбельные, чтобы утешить их в мучительный холод и голод и смягчить их горькую долю. Но у этой женщины не было сил... она не могла издать ни звука — только большие слезы текли из-под век, стекали по ее необыкновенно бледным щекам, падая на

головку маленького приговоренного. Что было более трагичным, трудно сказать — переживание смерти младенца, гибнувшего на глазах матери, или смерть матери, в сознании которой остается ее живой ребенок, брошенный на произвол судьбы. Среди этих кошмарных воспоминаний в моем сознании мелькает одна мысль, один лейтмотив. Все дети родились живыми. Их целью была жизнь! Пережили лагерь едва ли тридцать из них. Несколько сотен детей были вывезены в Германию для денационализации, свыше 1500 были утоплены Кларой и Пфани, более 1000 детей умерли от голода и холода (эти приблизительные данные не включают период до конца апреля 1943 года).

У меня до сих пор не было возможности передать Службе Здоровья свой акушерский рапорт из Освенцима. Передаю его сейчас во имя тех, которые не могут ничего сказать миру о зле, причиненном им, во имя матери и ребенка.

Если в моем Отечестве, несмотря на печальный опыт войны, могут возникнуть тенденции, направленные против жизни, то — я надеюсь на голос всех акушеров, всех настоящих матерей и отцов, всех порядочных граждан в защиту жизни и прав ребенка.

В концентрационном лагере все дети — вопреки ожиданиям — рождались живыми, красивыми, пухленькими. Природа, противостоящая ненависти, сражалась за свои права упорно, находя неведомые жизненные резервы. Природа является учителем акушера. Он вместе с природой борется за жизнь и вместе с ней провозглашает прекраснейшую вещь на свете — улыбку ребенка.



Источники:
world-war.ru
Stanisława Leszczyńska (pl.wikipedia)
archidiecezja.lodz.pl
wmp.org.pl
flickr.com

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

7—8 октября в Москве, в гостинице Холидей Инн Сокольники состоялась XVIII Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ». Организатор — Научное медицинское общество геронтологов и гериатров.

Широко была представлена география участников конференции: Германия, США, Швейцария, Белоруссия, Украина, Казахстан. Российская Федерация была представлена следующими регионами: Москва и Московская область, Санкт-Петербург, Удмуртская Республика, Республика Хакасия, Ямало-Ненецкий автономный округ, Пермский край, Приморский край. Области: Кемеровская, Кировская, Мурманская, Омская, Пензенская, Оренбургская, Саратовская, Смоленская, Тульская.

За два дня в работе конференции приняли участие более 500 человек.

Среди них ученые, занимающиеся фундаментальными вопросами старения, в том числе из зарубежных стран; преподаватели ВУЗов и колледжей, практические врачи — гериатры, терапевты, реабилитологи, специалисты разных профилей, занимающиеся лечением больных пожилого и старческого возраста; психологи, социальные работники, волонтеры, медицинские сестры больниц, поликлиник, медицинских центров, реабилитационных центров, санаториев, пансионатов из разных регионов страны. Представители органов управления здравоохранением, общественных организаций, прессы также приняли участие в работе конференции.

Научная программа включала пленарное заседание, симпозиумы, открытые совещания разработчиков протоколов ведения больных и тематические секционные заседания. Традиционно были представлены основные направления геронтологической науки и практики — фундаментальная геронтология, клиническая геронтология или гериатрия, реабилитация, социальная защита граждан старшего поколения, управление качеством в здравоохранении.

На Пленарном заседании с приветственным словом выступили сопредседатели Научного медицинского общества геронтологов и гериатров профессор П.А. Воробьев, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и профессор Л.Б. Лазебник, заведующий кафедрой терапии, гериатрии и профилактики ФПДО МГМСУ. П.А. Воробьев остановился на проблемах, с которыми столкнулось отечественное здравоохранение, на трудностях медицинских работников и пациентов, с которыми приходится сталкиваться ежедневно в области оказания медицинских услуг. Он поздравил участников с началом работы конференции, выразил удовлетворение большим числом собравшихся — единомышленников, всех тех, кому не безразличны проблемы пожилых.

Л.Б. Лазебник отметил, что, несмотря на то что практически в одно время проходят несколько конференций разного уровня, посвященных проблемам пожилого возраста, наша конференция, восемнадцатая по счету, пользуется неизменным интересом широкого круга специалистов и не теряет своей актуальности год от года.

Профессор кафедры дерматологии Кёльнского университета (Германия) Х. Смола выступил с докладом о биологически активных материалах в составе подгузников, которые ингибируют рост патогенных бактерий. Он показал, что использование целлюлозы специальных видов, таких как закрученная целлюлоза, в составе подгузников может содействовать нормализации окружающей среды кожи, существенно снижая рост микроорганизмов, минимизируя воздействие на кожу патогенных бактерий в высоких концентрациях с поверхностных частей подгузника. Выбор надлежащих средств по уходу за пожилыми больными, вынужденными пользоваться подгузниками, способствует снижению числа осложнений, существенно улучшает качество их жизни.

З.А. Габбасов, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Института экспериментальной кардиологии ФГУ РКНПК Росмедтехнологий в своем пленарном докладе рассказал о достижениях в области интервенционной кардиологии и научных изысканиях, позволяющих глубже проникнуть в суть процесса стенозирования артерий — процесса, вызывающего сужение стенки сосуда, а также процесса рестеноза — повторного сужения просвета сосуда в ранее стентированном сегменте. Особое внимание в докладе было уделено роли тромбоцитов в регуляции локальных воспалительных реакций в патогенезе атеросклероза и воспаления.

С необыкновенным теплом и грустью вспомнили участники конференции Валентину Александровну Насонову — члена оргкомитета, много лет, практически с основания конференции, возглавлявшую ревматологическую секцию, неоднократно выступавшую на пленарных заседаниях. Р.М. Балабанова в своем докладе раскрыла вклад В.А. Насоновой в геронторевматологию. В текущем году Валентине Александровне могло бы исполниться 90 лет.

В рамках конференции состоялись симпозиумы: «Принципы коррекции психоневрологических нарушений у пожилых» (О.А. Гомазков, В.В. Захаров, С.И. Гаврилова); «Остеопороз и гиперпаратиреоз: возрастной аспект» (Председатель Н.Г. Мокрышева); «Исследование функциональной активности альбумина: от оценки риска сепсиса до ранней диагностики опухолей» (П.А. Воробьев (Москва), В.А. Муравский (г. Минск)).

Вызвал интерес участников конференции круглый стол «Вопросы управления качеством медицинской помощи» (Д.В. Лукьянцев, Н.Г. Гончаров).

На открытых рабочих совещаниях разработчиков протоколов ведения больных говорилось о разработке национального стандарта «Клинические рекомендации (протоколы лечения)», а также обсуждались протоколы «Профилактика тромбозов» (модератор: П.А. Воробьев) и «Пролежни» (модераторы: П.А. Воробьев, Х. Смола).

Научная программа конференции включала 107 докладов. Основные доклады в виде тезисов опубликованы в 9—10 номере журнала «Клиническая геронтология». Всего было опубликовано 156 тезисов.

Спонсорская поддержка фирм: ООО «Альбутран-М», «ЭВЕР Нейро Фарма ГмБХ», Австрия, ЗАО «БАЙЕР», ООО «ПАУЛЬ ХАРТМАН», ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини», ООО «Мерц Фарма», «Благотворительный фонд Елены и Геннадия Тимченко», ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ».

Оргкомитет благодарит всех участников XVIII Международной научно-практической конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» — председателей секций, докладчиков, слушателей, спонсоров, и приглашает принять участие в работе очередной, XIX конференции в 2014 году, которая состоится в Москве, 6—7 октября.

Оргкомитет

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Пожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синапольников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлептор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы: (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена ⚡

Внимание!

В адресе корреспонденции

обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!