



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Январь 2006

№ 1 (18)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— Владимир Евгеньевич, а Вы всегда по субботам работаете? Многие хирурги ходят по субботам смотреть больных, которых накануне прооперировали, а вот среди терапевтов это нечасто бывает.

— Почти всегда. Вы знаете, когда с шестидневки перешли на пятидневку — я даже не заметил.

Для этого разная мотивация: когда-то был молодой врач — большая ответственность, потом из общей терапии переходил в пульмонологию, нужно было осваивать, потом не было дома компьютера, а здесь был. Сейчас и привычка и то, что у больных «манера поправляться» к пятнице и выписываться и неизвестно кто на их место поступит. Если дежурит молодой, неопытный доктор, его нужно подстраховать.

Здесь на неделе бывает такой поток больных, что иногда спуститься в столовую времени нет. Бегаю по корпусам, консультирую, консилиумы, прибегаю, тут новые больные. И где-то к концу недели понимаю, что есть 1—2 больных, которых доктора доложили среди недели, но что-то там не сходилось, что-то меня насторожило. Вот я их в субботу и смотрю, сам собираю анамнез.

— А Вы читаете то, что пишут лечащие врачи?

— Нет, я не читаю никогда. Я слушаю то, что они докладывают, а потом они иногда изумляются, когда вдруг больной начинает выдавать ответы, которых раньше не было. Кроме того, сегодня рабочая суббота у моего доктора, которого я толкаю делать «диссертацию». Сейчас мы готовим номер журнала, посвященный антибиотикам. Поскольку у нас аптека на компьютере давно, то я лет десять назад взял данные по расходованию антибиотиков, сделал какой-то доклад, потом все это ушло в песок. Я тут разобрал свой сейф, и вдруг «всплыли» данные 14-летней давности. А недавно я предложил своим сотрудникам праздники провести за интересным занятием: обработать годовую распечатку по использованию антибиотиков в больнице. Я им говорю, ведь такого ни у кого нет. Девочки откликнулись и несколько праздничных дней приходили сюда.

— Не надоело ли Вам потом читать и править бесконечные главы и авторефераты, это ведь совсем неинтересно.

— Ну, во-первых, мне это интересно, во-вторых, я по многу раз не читаю, в третьих — мне очень повезло на учителей. Поэтому работает у меня молодежь, и я считаю, что как ко мне относились, так и я к ним должен относиться. Да и хочется свой опыт кому-то передать, ведь в книжке или статье не все возможно рассказать. Я иногда все и не читаю, смотрю только узловые моменты, какие-то куски. Тут есть и эгоистический момент, я знаю, что если я хорошо воспитаю молодежь, то мне самому будет проще и спокойней работать. Поэтому времени на то, чтоб своим сотрудникам что-то рассказать, чему-то их научить, чем-то их заинтересовать, не жалко.

— Владимир Евгеньевич, Вы очень давно работаете в «кремлевской» медицине, она ведь очень сильно отличается.

— В общем-то говоря, когда я сюда пришел, это было 25 лет назад. Но до этого я «поварился» на периферии. Начиная работать в 3-м управлении. Когда я кончал институт, там предыдущий выпуск почти весь отправили в деревню, на наших выпускников почти на всех надели погоны. И тут вдруг приехали и говорят, что вот есть крупные предприятия, там нужны врачи. Я записался. А потом, уже получаем диплом, всех куда-то распределили, а про нас молчат. Прихожу в ректорат. Нас там по одному при-

Разные точки зрения обсуждаем и вырабатываем решение. Иногда пишут особое мнение в истории. Иногда на консилиумах сходятся разные точки зрения, бывает, но я считаю, что лучше обсудить, чем придет один — напишет одно, придет другой — напишет другое, а лечащий врач разывается, не зная какую точку зрения принять.

Когда я кончал институт, там предыдущий выпуск почти весь отправили в деревню, на наших выпускников почти на всех надели погоны. И тут вдруг приехали и говорят, что вот есть крупные предприятия, там нужны врачи. Я записался. А потом, уже получаем диплом, всех куда-то распределили, а про нас молчат. Прихожу в ректорат. Нас там по одному при-

мали и говорили: вот туда-то поедете. Меня заслали на полуостров Мангышлак. Я спрашиваю «А это где?». Они подходят к карте СССР и невнятно обводит ее в воздухе ручкой и говорит «Вот тут». Стал работать участковым врачом. Там стратегический объект, клиника, в ней и поликлиника, и стационар, и санэпидстанция. Жилье — 10 двухэтажных домов, остальное — бараки, палатки. Пациенты — в основном люди, которые закончили институты в последние 2 года, и у меня было 2 больных в

ционированным воздухом. В 66-ом году в Германии их купили, поставили. Операционные с фильмами, с повышенным давлением, что в Москве только 10 лет назад стали делать. Это управление осуществляло обеспечение медицинской помощи создателям ракетного щита родины, поэтому туда все на самом высоком уровне... И это было доступно всем, кто там жил и работал. Сейчас уже развалилось все, конечно.

Там была вертикаль власти, будь здоров. Там, например, когда я приехал после института, директор предприятия посчитал необходимым ввести «сухой закон», и был у нас «сухой закон». По праздникам каждому работающему продавалась бутылка шампанского и все. Так было около 2 лет. Я когда это кому-нибудь рассказываю, все рты разевают.

Так вот, получается, что с 23 лет мне пришлось принимать самостоятельные решения, в том числе и за других. Там очень странная вертикаль власти, у меня подчиненными было отделение военного госпиталя, где заведующий полковник, заключенные тоже считаются сотрудниками предприятия и с ними вопросы я должен был решать.

Через несколько лет меня пригласили в Боткинскую, тоже начальником, а еще через несколько лет попал сюда. А здесь ох как много особенностей. В-первых, здесь очень принята система проведения консилиумов. Поступает ко мне больной, обследуем: просто посмотреть снимок и сказать, да, тут рак легкого, — здесь эти номера не проходят. Значит, морфологическая верификация и полная оценка стадийности. Сделали, собирается консилиум, мы поставили диагноз, вызываем химиотерапевта, лучевого терапевта, хирурга, и мы вместе по этому больному вырабатываем тактику. У нас вот был больной с опухолью в районе бифуркации аорты — неоперабельная, так ему провели сначала химию, потом лучевую, опухоль уменьшилась, его прооперировали, так он даже на работу смог вернуться. Этот вариант системы консилиумов правильный.

— А кто в результате принимает решение?

— Вот то самое слово консенсус, оно как раз и есть. Разные точки зрения обсуждаем и вырабатываем решение. Иногда пишут особое мнение в истории. Иногда на консилиумах сходятся разные точки зрения, бывает, но я считаю, что лучше обсудить, чем придет один — напишет одно, придет другой — напишет другое, а лечащий врач разывается, не зная какую точку зрения принять. Что касается онкологии, то так повсюду должно быть. Сформировалось это еще при Чазове.

Я прихожу на работу и никогда не знаю, что меня ждет. Мне звонят и говорят, что в таком-то часу консилиум, такой-то состав в таком-то отделении. Сейчас уже, конечно, звонят и просят, чтоб я сам назначил время. Но если я назначил время, значит, я должен прийти со словами «проверьте ваши часы», и

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

... я знаю, что если я хорошо воспитаю молодежь, то мне самому будет проще и спокойней работать.

## Кремлевская медицина — дружит наука

В.Е. Ноников

день и один вызов в неделю. И я просто маялся, потом не выдержал, и пошел к главврачу, объяснил и сказал, что лучше буду вести больных в стационаре и в результате бегал и туда и сюда. Через несколько месяцев меня вызывает начальник и говорит, что у нас зав. поликлиникой отказалась и предложила вас. Я пытаюсь что-то объяснить, что в поликлинике работает 60 врачей, а я самый младший... Но назначили. Я сразу понял, что если нужно принимать какое-то решение, я сначала к одному подойду — посоветуюсь, к другому подойду — посоветуюсь. И когда я принимал какое-то решение, это никогда не встречало никаких протестов. Я все время продолжал вести больных в стационаре. Да, нас когда посылали туда, это был район, приравненный к крайнему северу, безводный район, мы получали большую зарплату, но мы не могли свободно куда поехать, то есть нам нужен был пропуск на выезд и въезд. Ну и за разглашение... Но когда нас туда брали работать, нам говорили, что на 3 года, а после этого вы выбираете любой город, любую клинику, где вы хотите работать. А через 2 года после начала моей работы вышла книга Вотчала по клинической фармакологии, я ее прочел и понял, что ординатуру я буду проходить только в Москве, в Боткинской больнице в клинике Вотчала. И государство сдержало свои обязательства, ровно через 3 года я оказался там, где хотел. А потом вернулся, стал заведующим отделением, по окончании ординатуры. Между прочим, очень интересно, вот была там построена медсанчасть, с конди-



В.Е. Ноников

... тут компьютер, старшая сестра туда все вводит, входит в общепольничную сеть и посылает требование в аптеку.



## ИнтерНьюс

**Женщины склонны обращать меньше внимания на тревожные симптомы со стороны сердца, чем мужчины, утверждают американские ученые**

Исследователи из Мичиганского Университета во главе с д-ром Давидом Нау рассылали вопросники всем пациентам с острым коронарным синдромом, выпиравшимся из университетской клиники за трехлетний период. Отклик составил 40,3%. Оказалось, что 142 женщины-респондентки воспринимали свое заболевание сердца не тяжелее, чем 348 мужчин, несмотря на то, что у женщин была тяжелее объективная симптоматика и выше потребность в приеме препаратов. По данным мультивариационного анализа, после поправки на демографические, терапевтические характеристики, мужчины воспринимали свое заболевание сердца как более серьезное по сравнению с женщинами. Женский пол был достоверным предиктором субъективной оценки заболевания сердца как нетяжелого: отношение шансов 0,3—0,8. Следовательно, женщины с острым коронарным синдромом могут позднее обращаться за медицинской помощью.

**Источник:**  
Am. J. Med. 2005; 118:  
1256—61.

**Мамам на заметку: пустышки могут защищать детей от синдрома внезапной смерти, утверждает доктор Fern R. Nausk из Вирджинского университета (США)**

Им был сделан мета-анализ, чтобы количественно оценить защитный эффект пустышек против синдрома внезапной смерти, а также чтобы дать рекомендации по их применению. На основании анализа базы данных MEDLINE с января 1966 по май 2004 обнаружены 384 статьи про пустышки и их ассоциацию с синдромом внезапной смерти, заболеваемостью и иными побочными эффектами. Из этих 384 статей девять соответствовали критериями оригинальных исследований «случай-контроль», причем не обнаружено ни одного проспективного обсервационного исследования. Каждое исследование оценивалось по шести критериям рабочей группы американской академии педиатрии «по синдрому внезапной смерти и положению во сне». По данным семи исследований суммарное отношение шансов для использования пустышки (при унивариантном отношении шансов) было 0,90 (95% доверительный интервал, 0,79—1,03), и 0,71 (95% доверительный интервал, 0,59—0,85) при мультивариантном отношении шансов. Для использования пустышки в последнем эпизоде сна суммарное отношение шансов по унивариантному отношению шансов 0,47 (95% доверительный интервал, 0,40—0,55) и суммарное отношение шансов по мультивариантному отношению шансов 0,39 (95% доверительный интервал, 0,31—0,50). Одну внезапную смерть можно предотвратить на каждые 2733 (95% доверительный интервал, 2,416—3,334) детей, которые применяли пустышку для засыпания. Возможно, исследователи учли не все дополнительные факторы. Риск синдрома внезапной смерти значительно сокращается, если используют пустышку, особенно для засыпания, отмечают авторы. По их мнению, следует рекомендовать применять пустышку каждый раз. Уровень рекомендации — В. При грудном вскармливании рекомендуют пустышку после установления хорошего сосания. Как может помочь пустышка? — понижение порога возбудимости, раньше проснется при апноэ, профилактика западения языка, сон на спине. Пустышка способствует поведению, понижающему риск синдрома внезапной смерти.

**Источник:**  
Pediatrics 2005

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В первых числах ноября во Флоренции прошел 8-й Европейский съезд Международного общества фармакоэкономических исследований и оценки результатов (ISPOR). В этом году Общество справляет десятилетие своего существования. И восемь лет прошло с момента зарождения российского национального отделения, имеющего название Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ — RSPOR, Президент — П. Воробьев). Совместная деятельность началась в 1998 г. в Кельне с рассказа о потребностях российского здравоохранения в таких исследованиях и рекомендациях. Тогда на этом заседании присутствовало лишь 5 человек из России и исполнительный директор ISPOR Мерилен Смит. С тех пор подобные заседания проводятся практически ежегодно в рамках ежегодной Европейской сессии общества. Это бывает либо общий завтрак для представителей восточноевропейских стран, где каждый высказывается о наболевшем, либо круглый стол, либо отдельный российский симпозиум. Этот год не стал исключением: нашу страну представляло более 50 человек из самых разных уголков — Ставрополь, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Красноярск, Пермь, Омск и др. Важно, что собрались единомышленники, многие из них участвовали ранее в открытых заседаниях Формулярного комитета.



Мерилен Смит — исполнительный директор ISPOR с сувенирами

## Десятилетие ISPOR, восемь лет вместе



Выступает А. Юрьев

По нашей просьбе ISPOR организовало 4-часовую школу для российских специалистов по обзору систем здравоохранения и возмещения затрат на лекарства в основных европейских странах: Великобритания, Германия, Франция, Испания, Италия. Были подробно рассказаны сильные и слабые стороны каждой системы. Для участников школы было важно узнать, что идеальных систем нет, копировать, по сути, не у кого и нужно искать свой путь, учитывая, естественно, достижения и ошибки других стран. Кроме этого можно было прослушать и ряд других кратких курсов — основы фармакоэкономики и принятия решений, моделирование, оценка качества жизни и т. д.

М. Смит рассказала о прошлом, настоящем и будущем ISPOR. В обществе функционирует несколько национальных отделений, первым появилось российское, сейчас есть в Гонконге, Китае, Японии, Польше, Бразилии и др. Большое значение придается созданию отделений общества в университетах — практически в каждом университете США есть такое отделение, в России пока студенты не вовлечены в процесс. А ведь клиничко-экономические подходы — основа современного управления в медицине и основа рационального распределения в будущем.



На переднем плане — Л. Лазебник

первые итоги реализации в России программы дополнительного лекарственного обеспечения, стартовавшего 1 января 2005 г. Было подчеркнуто, что в целом удалось обеспечить 15 миллионов граждан эффективными и дорогостоя-



## СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2005 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

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

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



шими лекарствами, хотя ситуация в регионах неравнозначна. Это же подтвердили и специалисты из регионов России — в некоторых городах выписывается до 6 рецептов на 1-го пациента в месяц, что почти в 2 раза превышает общероссийский показатель. Однако есть регионы, где на 1-го пациента приходится менее 1-го рецепта, очевидно, что в них большее число граждан отказалось от льгот в пользу прямых ежемесячных выплат. Осталось неясным, возможна ли дорога назад: если человек пожелает вновь вернуться в систему ДЛО, то сделать он сможет это нескоро, вероятно, не ранее следующего года. Однако, возможно, будет предусмотрен механизм более оперативного решения данной проблемы. В конечном счете, пациент под влиянием эмоций может быть человеком, «не ведающим, что творит».

В Москве, традиционно, ситуация с лекарственным обеспечением лучше, чем в других регионах. Однако и здесь есть проблемы, в какой-то степени общие для всей страны. Например — обучение врачей назна-



На трибуне М. Сура



Задача трудная: встать на позицию органов управления здравоохранения европейской страны



Тренинг по системам здравоохранения Европы

чению новых препаратов. Где на последиловых циклах изучают список лекарств для дополнительного лекарственного обеспечения, где обсуждают стандарты лечения? А знают ли преподаватели об этих проблемах, могут ли они донести до врачей актуальные вопросы? Ответы неутешительны.

Формулярный комитет продолжает играть большую роль в рационализации лекарственной терапии в стране. Большинство предложений, сформулированных в ходе открытого заседания в июне-июле 2005 г., были учтены в новой редакции перечня лекарств для дополнительного лекарственного обеспечения. В частности, в перечень попало ле-

карство для лечения болезни Гоше — яркий пример «сиротского» лекарства: патология встречается редко, но сегодня можно провести высокоэффективную ее терапию. На этот год задачи Формулярного комитета являются разработка первой редакции Негативного перечня лекарственных средств — неэффективных, опасных лекарств, на которые не должны тратиться

средства бюджета и Перечня сиротских (редко применяемых) лекарств.

Медицина доказательств и фармакоэкономика играют ведущую роль в развитии менеджмента качества в современном здравоохранении. Однако эти инструменты могут оказаться опасными в случае неверного их использования. Если в исследованиях нет прозрачности, им не должно быть доверия — вот один из главных лозунгов. Для принятия решений нельзя пользоваться недостоверными научными данными, это еще хуже, чем опираться на «авторитетное» мнение. Исследователи в России слишком часто пренебрегают общепринятыми правилами проведения исследований: не указывают позиции исследования, источники информации об эффективности и затратах. Поэтому нередко потрясающие воображение соотношения затраты/эффективность, получаемые в этих работах. Отчасти этим обусловлено появление многих «здравоохраненческих мифов», самый известный из них — болезнь легче предупредить, чем лечить, профилактика всегда эффективна и экономична, ранняя диагностика приводит к снижению затрат и повышению эффективности терапии. Доказательств ошибочности этих положений несчетно числа.

Современная информация

## ИнтерНьюс

Московскими докторами (С.Г. Горохова, Е.Р. Гареева и соавт.) проведено проспективное исследование экономического стандарта «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность» на этапе первого года его внедрения в амбулаторно-поликлинических условиях

Исследуемая выборка составила 200 больных с сердечной недостаточностью, которые были разделены на 2 сопоставимые группы: 1-я — 100, получавшие медицинскую помощь до внедрения стандарта, 2-я — 100, лечившиеся на этапе внедрения стандарта. Согласно результатам, внедрение стандарта привело к снижению общих затрат на ведение больных сердечной недостаточностью в 1,3 раза в сравнении с типичной практикой, их перераспределению, а именно — изменению соотношения «диагностические услуги/лекарственные средства», и также к сокращению общего перечня используемых препаратов на 15,2%, увеличению затрат на препараты группы V при сокращении расходов на второстепенные, что свидетельствует об оптимизации лекарственной терапии.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 7.

Табаккурение — один из главных факторов, влияющих на здоровье населения, и, вероятно, главный из относительно модифицируемых

Ожидается, что уже к 2020 г. 9% всей смертности в мире будет обусловлено курением. Согласно отчету Всемирного банка, опубликованному в 1999 г., ежегодно от курения в мире гибнет около 3 млн человек, это больше, чем от СПИДа, туберкулеза и родовых осложнений, вместе взятых. Курение обусловлено не менее 90% случаев рака легкого, 15—20% случаев рака других локализаций, 75% случаев хронического бронхита и эмфиземы и 25% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. В среднем курение сокращает жизнь на 10 лет. Экономический ущерб мировой экономики от курения превышает 200 млрд долларов США ежегодно.

В России курят 73% мужчин от 25 до 34 лет. Процент курящих женщин за 10 лет почти удвоился: с 7,3% в 1992 г. до 14,5% в 2002 г.

Табачные компании инвестировали 1,7 млрд долларов США в экономику России — в рекламу, в строительство новых и приобретение существующих отечественных табачных заводов. Это почти 1/20 от всех иностранных инвестиций за последние 10 лет. Беспринципные производители сигарет умело лоббируют свои интересы, вкладывая огромные средства в рекламу и коррупцию, создают романтический или героический ореол вокруг курения, умело формируют маркетинговую политику, ориентированную на детей, подростков и в последнее время на женщин. Более того, некоторые исследования влияния экологического загрязнения, в том числе в закрытых помещениях, финансировались табачными компаниями. Фальсифицированные результаты вводили в заблуждение ученых и пациентов относительно вреда оргтехники и других мнимых источников экологической опасности и служили отвлекающим маневром для сокрытия последствий курения. Рассекреченные внутренние документы компании «Филипп Морис» свидетельствуют о том, что производители сигарет уже в 70-х годах имели экспериментальные данные того, что пассивное курение в 4 раза более канцерогенно по сравнению с активным курением, но скрыли это.

Источник:

Международный журнал медицинской практики № 4, 2005.

## Антиреклама

Всю осень слушаю я Эхо Москвы, смотрю рекламные статьи в газетах. Создается впечатление, что рекламная вакханалия несколько пошла на убыль. Во всяком случае, те БАДы, которые рекламировались «от рака», производства Новосибирского института лимфологии, теперь позиционируются в рекламе как средства укрепления защитных сил организма. И то слава богу. Известно стало, что статья-интервью Зиновия Соломоновича Баркагана вызвала бурную реакцию в различных кругах — от производителей водки для лечения болезней — чем не национальное лекарственное средство, гениально: пьешь водку и оздоравливаешься — до крупных, известных врачей. Интересно, что реакции ровно противоположные.

Сам Зиновий Соломонович написал в редакцию Вестника МТЧЮП письмо-протест, связанное с тем, что ему не показали текст интервью. Каюсь, не показал. Но совершенно очевидно, что если бы показал, — то статьи бы не было. Или была бы другая, не столь зубодробительная. А теперь она есть и играет огромную роль, ее зачитывают на разных собраниях. И ведь то, что там изложено — правда, никем не оспариваемая: некоторые академики оказались — кто вольно, а кто — невольно, втянуты в грязные игры с БАДами и прочими суррогатами медицины.

Кстати, этим балуются не только академики медицинской академии, но и академики Большой академии. И в Большой академии создана комиссия по борьбе с лженаукой — так далеко зашло дело, что оно требует таких экстраординарных решений, а не только усмешек и пожманий плечами. Они — псевдомедики, наживаются, в буквальном смысле слова, на горе и страданиях больных. Это аморально, об этом нужно говорить и писать, а не стыдливо замалчивать. Когда этим позорным делом занимаются недотепы от «народной медицины», перекалцицировавшиеся неудачники-врачи — это, согласитесь, плохо. Но когда такой подход освящен академическим званием — никуда это не годится.

## Нас слышат!

Не могу избавиться от ощущения, что удается достигнуть. Так было с рекламой браслетов: пока все молчали, прошла публикация против браслетов от гипертонии в одной газете, потом позвали в телевизор, умоляя ничего про браслеты не говорить плохо (а сами супруги Стриженовы и начали разговор, я молчал, как приказано, но ответил, все, что думаю).

Потом Куравлев, предлагавший отказаться от лекарств (он жертва, его, в общем, жалко, хотя мозги свои нужно иметь), заработал инсульт, и реклама поменялась, а потом сошла на нет. Даже в какой-то момент стали в ней нападать на врачей, которые препятствуют свободному выбору больным вместо вредных лекарств полезного браслета. Совпадение по времени однозначно показывает — антирекламу внимательно изучают, она достигает нужных ушей. Она — не глас вопиющего в пустыне!

Несколько раз подряд в последнее время приглашали на телевизионные съемки для «обсуждения» тех или иных жуликов. Один торгует воздухом в банках для достижения «вечной молодости», другой — облучает лазером кровь в пробирке, она, кровь, передает информацию пациенту, у которого в 60 лет растут зубы, и проходит сахарный диабет. Еще одна дама рассказывает, что грибы воздействуют через клеточные антенны (без кавычек, прямо показывает, как эти антенны торчат), и опять же — не будет рака и других болезней. Только не надо думать, что все эти люди — обычные городские сумасшедшие, все они что-то выпускают и продают. Но удивило — в хорошем смысле этого слова — критическое отношение журналистов: они приглашали с одной целью — разоблачать шарлатанов. Конечно, можно было бы отказаться, спрятать в песок голову, мол, не наше это дело. Но при таком подходе — а он общепринят — и расцветают цветы, а потом созревают плоды обмана страждущих. Но главное, в обществе появился и стал нарастать иммунитет к наживе на болезнях. Процесс пошел, важно его поддержать.

Главный редактор Л.А. Воробьев



Начало на стр. 1 ↗

не могу ни на минуту опоздать. Другой вариант консилиума, в урологии пациент — у него рак мочевого пузыря, кровотечение, он быстро тает. Тромб «стреляет» в легкие, инфарктная пневмония. Кого зовут: кардиолога, пульмонолога, сосудистого хирурга. Что можно сделать? Понятно, что гематурия, антикоагулянты нельзя. Подумали, приняли решение.

Я 6 лет работал в Боткинской больнице и там за 6 лет было 2 консилиума. А здесь это принято, это стандарт. И если приглашают на консилиум, то открутиться от этого невозможно. Бывает и так, нечасто, конечно, приходит на консилиум специалист и говорит, вы знаете, это, конечно, по моей специальности, но есть вообще-то в Москве специалист такой-то, который наибольший опыт в этом имеет. И приглашаем тогда того.

Но, конечно, это все возможно только в учреждениях, где есть элемент дисциплины. Ведь, например, в какой-нибудь больнице кто будет звонить и говорить: медсестра из консультативного отделения, а какой-нибудь профессор скажет «ой, ой, ой, да я профессор». Если все по человечески делать...

Когда я только сюда пришел работать, то были еще некоторые вещи, которых нигде больше не было. Я привык, что в Боткинской старшая сестра сидит и полдня требования на лекарства выписывает. А тут компьютер, старшая сестра туда все вводит, входит в общебольничную сеть и посылает требование в аптеку. Привезли лекарства, в 3-х экземплярах распечатали требования, я их подписал. И все эти данные навсегда в памяти компьютера в вычислительном центре сохраняются. Кто, что, как. Конечно, если какие-то дорогие лекарства нужны, врач должен написать обоснование, мы оба его подписываем.

У нас ведь единая система: стационар, поликлиника, санаторий, единый архив, своя скорая помощь. У нас хранятся все рентгенограммы, раньше их микрофильмировали, теперь современные цифровые. Еще у нас существует институт главных специалистов, как и везде, но у нас 1 раз в месяц один из специалистов для всех врачей клиники устраивает «ликбез» по последним достижениям медицины в данной области. Кроме того, у нас строгая преемственность, если наша скорая едет к больному, то они тут же в поликлинике берут его карточку, и если госпитализируют пациента, то он сразу со своей амбулаторной картой. И при плановой госпитализации тоже карта с собой и врач в стационаре при выписке сам вклеивает в эту карту эпикриз. У нас выражена система взаимодействия участковых и стационарных врачей.

**— Ваши «особенные» больные часто не соглашаются с Вашим мнением, не выполняют рекомендации?**

— Что касается высокопоставленных, они всегда со всем соглашаются, а раньше были самыми дисциплинированными пациентами.

Вторая особенность — у нас павильонная система, 10 корпусов, один корпуса относительно рядом, а до одного корпуса вообще 1,5 км. Конечно, беготни много, и поскольку невозможно иметь в каждом корпусе томограф и т. п., раньше было, что сестры несли истории сначала туда, сопровождали больных, потом несли истории обратно, и весь день на это уходило. Сделали на 2—3 корпуса машину, сняли с этих корпусов ставки, создали бригаду, туда ушли медсестры-пенсионерки. Допустим, назначено диагностическое исследование на такое-то время, они берут больного и историю, везут туда, узнают, во сколько их забрать, в назначенное время забирают пациента с историей. Они и диктофоны и эпикризы возят.

Тяжелый больной поступает в реанимацию, и по установленному диагнозу он закрепляется за соответствующим отделением. Например, похоже на пневмонию, и мой доктор закрепляется за этим больным. Он идет туда, вместе с реаниматологом обследует больного, намечает схему обследования и лечения. Реаниматологи это все выполняют, ну а если уходит потом в другую сторону, собирается консилиум и решается, как дальше быть. Иногда реаниматологи возмущаются. И весь период, пока пациент в реанимации, он считается закрепленным за нашим отделением, наш врач его смотрит и считается ответственным за больного.

Я помню, это много лет назад было, я только сюда пришел, ко мне приходит зав. баклабораторией и говорит: «Что Вам надо для работы, и решим все это без конфликтов». Я все, что я где-то читал или слышал, написал: идентификацию возбудителя и т. п. Когда я ему это дал, он оторопел и сказал, что не может этого решить, что под это нужны штаты, помещения. И сказал: «Идем к начальству». Сходили. Не поверите — все было решено. Не поверите, мы возбудителя пневмонии расшифровывали где-то под 90%. Мы смотрели мокроту, кровь на антигена, на антигены. Я сделал здесь то, о чем мог только мечтать.

**— Это же бешеные деньги, а какой смысл, антибиотики-то все равно широкого спектра берем.**

— Интересно было, была возможность. Больше всего денег-то уходило на среды. Хотя информативность-

то их сомнительна, потому что один раз антибиотик уколел и уже совсем все другое. Все эти методики РИФ, РСК они наладили, у них, конечно, разгорелись глаза, все это пошло как диссертационные исследования. Теперь, конечно, по нынешним временам это очень дорого. Но сейчас антибиотики такие, что нужно понять — есть внутрибольничная пневмония или нет, а все остальное мы прихлопываем.

Компьютерная томография первая в стране появилась здесь и много лет назад, а теперь их больше 200 по стране. Но у наших специалистов самый большой опыт в стране, а это очень важно. Очень долгое время из Москвы «вахтовым» методом специалисты ездили на периферию.

У нас серьезный дефицит среднего медицинского персонала, мы

на краю Москвы, зарплаты маленькие, меньше, чем в Москве.

**— Я тут у участкового терапевта поинтересовалась, сколько она получает, так оказалось что в 2 раза больше, чем ассистент на кафедре.**

— Я тут полностью с Андреем Ивановичем согласен, что нельзя повышать зарплату только первичному звену, тогда цель разорвется. Я когда в Боткинской работал, у нас ординаторы ординатуру проходили и тех, кто получше, посильнее, я пытался у нас оставить, а оставались только энтузиасты, остальные бежали в первичное звено.

**— Я когда только в Москве оказалась, то была удивлена, обнаружив, что тут профессора и академики отделениями заведуют, я решила, что мне показалось.**

— Ну что кафедр для всех не хватает, это точно (смеется). У нас же тут МГУ кафедра, и все сотрудники пошли туда по совместительству, меня пригласили заведующим, но они нас каждый июнь для экономии отпускных увольняли, а каждый сентябрь зачисляли заново.

И тут лет через 7 звонит декан и говорит: «Владимир Евгеньевич, я хотел извиниться, но Вы ведь понимаете, устав...» Я ему говорю: «Что Вы волнуетесь, зато мало кто может сказать, что его 7 раз увольняли из МГУ и 7 раз брали обратно». Я через 9 лет посмотрел, что нагрузка у них увеличилась, деньги платят смешные. Многие пошли на кафедру для того, чтоб в доцентов «вырасти», а ничего подобного не произошло. Я людей втянул в это дело, наобещал... Поэтому сотрудничество прекратилось.

Я постоянно пытался сделать, чтоб отделение было оснащено всем современным и необходимым, особенно функциональной диагностикой. И потом, когда появилась возможность ездить, сравнивать с тем, как мы работаем, и причем сравнивать с лучшими. Конечно, становится грустно, когда вспоминаю, когда я последний раз был в театре. Причем когда я не жил в Москве, а приезжал сюда в командировки, то я в театре бывал чаще. Но на фотовыставках я стараюсь бывать все-таки регулярно. Фотография — это мое хобби. Это моя отдушина.

Отпусков по месяцу у меня никогда не бывает. Максимум 2 недели. Бывают, конечно, захлесты, перхлесты и кажется, вот только бы до дому ноги дотащить. Ведь для большинства мужчин карьера — это дело их жизни.

**— И для женщин тоже, если повезет.**

— Как-то бизнес-вумен я не очень понимаю. А вот хороший врач-женщина — это всегда личность. А те бизнес-вумен, которые мне попадались — абсолютно никакие. У нас одна доктор купила комнату, набрала долгов, ушла на фирму работать, чтоб их отдавать, а через какое-то время вернулась со словами: «Это не мое, возьмите меня назад». Не все меряется деньгами. Значит, личность.

**— Владимир Евгеньевич, а Вы из врачебной семьи?**

— Вообще говоря, я — третье поколение врачей. Мой дед по отцу был врачом, погубил в первую мировую войну, сестра отца была врачом, я врач, жена моя врач. А в медицинский вообще-то случайно пошел: я хотел быть юристом. Я, будучи школьником, читал речи адвокатов, в 9 классе прочел учебник по судебной медицине, так хорошо прочел, что в институте уже не читал и на отлично сдал. Родители раздвинулись, отец хотел, чтобы я был инженером, мать — чтобы врачом. Оказалось, чтобы в юридический поступать, нужен стаж. Я сказал, что уж лучше врачом буду.

Заканчивал Саратовский институт, хорошая школа. Но меня ординатура выковала. Конечно, какая-то неугомонность у меня внутри есть. Я несколько лет

назад ездил на конгресс пульмонологов американский, мне организаторы позвонили и сказали, что за день до конгресса — день учебы, и я выбрал «антибиотики в многопрофильной больнице». Поехал туда. Это была интенсивная учеба с 8 утра до 8 вечера, 2 перерыва на кофе с булочками. Обучали сотрудники американского университета, рассказывали, как они изучали назначаемость антибиотиков, а потом проводили анализ, какие часто ошибки бывают, какие правильные решения. Я их спрашиваю: «А чьими руками вы все это делаете?» — «Руками резидентов, они хотят хорошую работу получить, вот пусть кроме основной работы тут поработают». Я взял анкеты, по которым они изучали все это, мне что-то похожее на их исследование хочется тут прокрутить. Ведь у нас большинство того, что пишется про антибиотики, списывается у иностранцев. У нас есть колоссальный архив и все тенденции антибиотикорезистентности можно изучить, все назначения проанализировать, а подкладку под это сделать — хорошее американское руководство по антибиотикам. Когда я эту идею озвучил, мне звонят наши компьютерщики и говорят, что запланировали это в бюджет на будущий год. Считается, что в больнице примерно половина антибиотиков назначается неправильно, то есть их или не нужно назначать, или они назначены, но нуждаются в коррекции. Так вот цель — сократить «ненужные» назначения и максимально часто назначать правильно уже первый антибиотик.

**— То есть цель — это какой-то алгоритм. Врач вводит какие-то ключевые позиции в компьютер, и тот ему выдает список возможных антибиотиков и показывает, что есть в больнице.**

— Да, а поскольку у нас внутрибольничной сетью соединено все, то это сможет делать врач в любом отделении.

**— Многие врачи переживают, что компьютер мешает клиническому мышлению.**

— Так никто не мешает головой думать, независимо от того, что показал компьютер. Вот у нас в клинике лет 16 назад оказалась полная резистентность к доксициклину. А сейчас он опять хорошо заработал. Касательно пневмококка пенициллин неплохо работает и дешевый, но, учитывая,

какой дефицит медицинских сестер, то колоть его по 6 раз в сутки не хочется их заставлять.

**— Идей у Вас много. А бывает затишье?**

— Нет (смеется), постоянно что-то в голове циркулирует. Но я стараюсь все очень близко к практике делать, некоторые начинают что-то вроде «потребление кислорода митохондриями клеток», мне это неинтересно, меня такие вещи вообще никогда не волновали. А какое лекарство выбрать — всегда волновало. Ну а в силу того, с чем мы больше всего имеем дело, это, конечно, антибиотики и бронхолитики.

**— Как интересно в пульмонологии делаются сферы интересов: те, кто занимаются только антибиотиками, и те, кто только астмой.**

— Ага, «астматологи». А в Штатах пульмонологи вытеснили реаниматологов, потому что в основном-то критична дыхательная недостаточность. А астма ушла к иммунологу-аллергологу. Кстати, в прошлом году какой-то из журналов попросил меня написать статью про антибиотики при бронхиальной астме. Ведь существует инфекционнозависимая форма и не такая уж редкая. Но про астму и антибиотики все полный молчок. Нужно было как-то политкорректно это изложить. Нашел выход, вычитал в 3-томнике такой оборот: «если астма считается воспалительным заболеванием, то в половине случаев должна быть замешана инфекция», и, отталкиваясь от этого тезиса, я дальше развил, что должны применяться антибиотики.

Бывают щекотливые ситуации. Помню, когда я в Боткинской работал, там в течение 2 месяцев было несколько случаев расхождения диагнозов, не в моем отделении, и

мне главный врач поручает проводить конференцию, и быть рецензентом. Мне как-то сильно это не понравилось, тем более, что заведующий одного из отделений, спросил с издевкой: «Ну, когда ты нас будешь учить?». Вот собрались все в большом зале. Я говорю: «Нам сегодня нужно разобрать несколько случаев расхождения диагнозов, но прежде чем их анализировать, я расскажу вам о своих ошибках». Никто на меня не обиделся.

**— А ваших «особенных» больных вскрывают?**

— Раньше вскрывали всех. Теперь большая часть родственников отказывается.

А. Власова

**Тяжелый больной поступает в реанимацию, и по установленному диагнозу он закрепляется за соответствующим отделением.**

**... если наша скорая едет к больному, то они тут же в поликлинике берут его карточку, и если госпитализируют пациента, то он сразу со своей амбулаторной картой. И при плановой госпитализации тоже карта с собой и врач в стационаре при выписке сам вклеивает в эту карту эпикриз. У нас выражена система взаимодействия участковых и стационарных врачей.**

**... существует инфекционнозависимая форма и не такая уж редкая. Но про астму и антибиотики все полный молчок. Нужно было как-то политкорректно это изложить. Нашел выход, вычитал в 3-томнике такой оборот: «если астма считается воспалительным заболеванием, то в половине случаев должна быть замешана инфекция» и, отталкиваясь от этого тезиса, я дальше развил, что должны применяться антибиотики.**

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

В 2006 году решено начать публиковать стандарты медицинской помощи, утвержденные Минздравсоцразвития РФ.

Эти стандарты рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Нам известно, что они мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать

значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим, важным было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 229

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СТЕНОКАРДИЕЙ**

**1. Модель пациента**

**Категория возрастная:** взрослые

**Нозологическая форма:** стенокардия

**Код по МКБ-10:** I20

**Фаза:** первичная диагностика

**Стадия:** все стадии

**Осложнение:** любые осложнения

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.004	Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,1	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеинов низкой плотности в крови	0,1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,1	1
B03.016.02	Общий (клинический) анализ крови	0,1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога первичный	0,01	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,01	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,01	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,01	1
A12.10.001	Электрокардиография с физическими упражнениями	0,01	1
A12.10.003	Исследования сердечного выброса	0,01	1
A12.12.004	Суточное мониторирование артериального давления	0,01	1

**ИнтерНьюс**

**У здоровых мужчин прием анальгетиков не повышает риск развития гипертонии**

Хорошо известно, что прием нестероидных противовоспалительных средств, но не аспирин, повышает артериальное давление. Согласно двум мета-анализам небольших и непродолжительных клинических исследований, величина этого эффекта мала и достигает статистической значимости лишь при анализе данных в подгруппах пациентов с артериальной гипертонией или принимающих антигипертензивные средства. Для уточнения этого вопроса д-р Тобиас Курт и его коллеги (Brigham and Women's Hospital, Бостон, Массачусетс) выполнили проспективное когортное исследование, куда вошли 8229 здоровых мужчин-врачей без артериальной гипертонии в анамнезе. За 5,8 лет наблюдения у 27,2% участников развилась артериальная гипертония (опрос: АД выше 140/90 мм рт. ст., либо прием антигипертензивных средств). После поправки на потенциальные вмешивающиеся факторы, у участников из 5-й квинтили приема нестероидных противовоспалительных средств риск развития артериальной гипертонии был не выше, чем у лиц из первой квинтили. Даже мужчины, принявшие в общей сложности не менее 2500 таблеток противовоспалительных препаратов, ацетаминофена или аспирин, имели такой же риск артериальной гипертонии, как врачи, вообще не принимавшие анальгетики.

**Источник:**

*Arch. Intern. Med.* 2005; 165: 1903-9.

**Непрямые антикоагулянты показаны больным с острым инфарктом миокарда и фибрилляцией предсердий**

Анализ данных регистра RIKS-HIA (Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive Care Admissions) показал, что непрямые антикоагулянты достоверно улучшают долгосрочный прогноз у этих пациентов. Д-р Ульф Стенестранд и его коллеги (Университетская Клиника Linköping, Швеция) проанализировали данные RIKS-HIA для 6182 пациентов с острым инфарктом миокарда и фибрилляцией предсердий, выписывавшихся в период с 1995 по 2002 гг. Непрямые антикоагулянты были назначены примерно у 30% больных. Через год после выписки смертность достигла 31% у больных, получавших только терапию антиагрегантами, и 22% в группе непрямых антикоагулянтов в сочетании с антитромбоцитарными препаратами или без них. После поправки на вмешивающиеся факторы, относительный риск смерти на фоне лечения непрямыми антикоагулянтами достиг 0,73. Уменьшение риска смерти было в основном связано со снижением частоты ишемической сердечной смерти (55,6% против 62%) и фатального инсульта (5,7% против 7,5%), по сравнению с группой контроля. Положительный эффект терапии непрямыми антикоагулянтами отмечался независимо от пола, возраста больных, исходных клинических характеристик, данных анамнеза, приема других препаратов.

**Источник:**

*Circulation* 2005; 112: 3225-31.



**2. Модель пациента****Нозологическая форма:** стенокардия**Код по МКБ-10:** I20**Фаза:** стабильная**Стадия:** любая**Осложнение:** без осложнений**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь**2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	2
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
A25.10.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
A25.10.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,01	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			1		
	Антиангинальные средства		1		
		Нитроглицерин	1	0,001 г	0,18 г
		Изосорбид динитрат	0,5	120 мг	21600 мг
		Изосорбид мононитрат	0,5	62,5 мг	11250 мг
		Метилэтилпиридинола сукцинат	0,8	300 мг	18000 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,3		
	Антагонисты кальция		1		
		Верапамил	0,2	0,4 г	72,0 г
		Дилтиазем	0,2	0,1 г	18,0 г
		Амлодипин	0,3	0,005 г	0,9 г
		Нифедипин	0,3	0,4 г	72,0 г
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,6		
	Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства		1		
		Ацетилсалициловая кислота	1	0,1 г	18,0 г
Средства, влияющие на свертывающую систему крови			0,005		
	Антиагреганты		1		
		Клопидогрел	1	75 мг	13500 мг

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

**СКОРО**

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
«НЬЮДИАМЕД»  
ПЛАНИРУЕТ  
ВЫПУСТИТЬ  
В СВЕТ КНИГУ

«ОЧЕРКИ  
КЛИНИЧЕСКОЙ И  
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ  
ТРАНСФУЗИОЛОГИИ»

Уважаемые коллеги, читатели журнала

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»**

подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс журнала – 72767.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

**Бланк-заказ на подписку журнала на 2006 год в редакции** (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие												II полугодие												
		Номера журнала																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		Цена номера в руб.																								
		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		ИТОГО: (впишите сумму)																								

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу:

Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология». Тел./факс (095) 118-74-74 E-mail: mtpndm@dol.ru

РЕКВИЗИТЫ: Банк-получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 О, КПП 770 201 001, Кс 301 018 100 000 000 005 05, Рс 407 028 105 000 000 004 85, БИК 044 579 505

**ПРОТОКОЛЫ МГНОТ**

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

от 24.09.2003 г.

Председатель: академик РАМН Н.А. Мухин

Секретарь: к.м.н. Е.Н. Кочина

**Повестка дня: Проф. А.И.Синопальников, Ю.Г. Белоцерковская (Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ). Тяжелый острый респираторный синдром: победа, которая не кажется окончательной.**

Рост интеграции общественной и деловой жизни общества, а также продолжающееся увеличение численности населения земного шара создает почву для возникновения и распространения новых инфекционных заболеваний. Примеры этого — возникавшие за последние десятилетия вспышки инфекций, вызванных *Hantavirus*, *Hendra-virus*, *Nipah-virus* и ряда других заболеваний. В силу своей относительно малой контагиозности появление данных заболеваний осталось практически незамеченным для мировой общественности. Поразительно высокая контагиозность *Тяжелого Острого Респираторного Синдрома (ТОРС)*, с учетом тяжести проявлений данного заболевания и высокой вероятностью неблагоприятного для больного исхода, заставили мировое сообщество прибегнуть к экстраординарным по строгости мерам эпидемиологического контроля. Поиском возбудителя, а затем и разработкой диагностических тестов и средств для лечения и профилактики нового заболевания в форсированном темпе занялись ведущие клиники и научно-исследовательские центры множества государств. Основным направлением, в котором были начаты работы по изучению нового заболевания, стало исследование истории развития пандемии.

Впервые возникнув в середине ноября в южных провинциях Китая, новое заболевание стремительно распространилось по территории этого государства, поразив к середине декабря 2002 года более 300 человек. Недостаточная эпидемиологическая настроенность органов санэпиднадзора КНР привели к тому, что на протяжении четырех месяцев сколь-либо значимых работ по изучению заболевания и идентификации его возбудителя произведено не было, и в марте 2003 года первые заболевшие появились за пределами Китая. Ретроспективный анализ цепочек распространения ТОРС, проделанный специалистами Всемирной Организации Здравоохранения и Центров по Профилактике и Контролю за Инфекционными Заболеваниями, продемонстрировал крайне высокую контагиозность заболевания: один больной ТОРС был способен инфицировать до нескольких десятков людей. К середине апреля 2003 года количество ежедневно заболевавших составляло более 350 случаев вероятного ТОРС. 10 апреля 2003 года было сообщено об идентификации возбудителя нового заболевания — вирусе из семейства коронавирусов. Последовавшие за этим усилия по разработке годных для практического применения диагностических тестов, средств для этиотропной терапии ТОРС, а также вакцины против этого заболевания не принесли значимых результатов, что оставило в арсенале средств для борьбы с новой мировой угрозой всего один результативный способ контроля эпидемии: строгий карантин для больных и контактировавших с ним и лиц. Жестокость мер эпидемиологического контроля определяла темпы дальнейшего

распространения заболевания: с середины апреля 2003 года по середину мая 2003 года показатели заболеваемости ТОРС по всему миру снизились более чем в 50 раз. Данные производимых в это время исследований в области этиологии, эпидемиологии, патогенеза и диагностики ТОРС оказали немалую помощь в достижении контроля за распространением эпидемии. Однако получаемые результаты оказывались иногда весьма неожиданными и зачастую порождали больше вопросов, чем ответов: была подтверждена возможность фекально-орального механизма передачи для ТОРС-АКВ, что прежде было абсолютно нехарактерно для коронавируса, вызывавших заболевание в человеческой популяции; помимо штамма Урбани были выделены геномы еще трех штаммов ТОРС-АКВ, что позволило заподозрить возможность отличия вариантов заболевания, вызываемого одной из этих разновидностей вируса, а также позволило считать вероятным наличие других, неизвестных и патогенных для человека разновидностей ТОРС-АКВ. Тем не менее, повсеместное внедрение мер эпидемиологического контроля за заболеванием принесло свои плоды и 3 июля Тайвань, оставшийся последним в списке стран с продолжающейся передачей вируса, был объявлен свободным от ТОРС.

Пандемия ТОРС была побеждена, однако остается ряд задач, от скорейшего решения которых зависит дальнейшая судьба ТОРС в человеческой популяции: поиск источника ТОРС-АКВ и исключение наличия природного резервуара инфекции; поиск эффективных препаратов для этиотропной терапии ТОРС; разработка вакцины для профилактики ТОРС.

**Вопросы докладчику:**

*Вопрос 1:* «Какие мнения приводятся в литературе о том, что заболевание встречается в основном у лиц белой расы?»

*Ответ:* «Считается, что, т. к. очаг эпидемии возник в Юго-Восточной Азии, то основная часть заболевших — представители «желтой» расы. Однако, в Торонто зарегистрировано 18 случаев заболевания среди белого населения.»

*Вопрос 2:* «Где в Москве делают обследование на ТОРС-АКВ?»

*Ответ:* «Насколько мне известно, в НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи.»

*Вопрос 3:* «Есть ли дезинфекционные средства, эффективные против этого вируса?»

*Ответ:* «В настоящее время нет. Вирус вне организма сохраняет контагиозность и вирулентность до 4 дней. При температуре больше 75 °С он погибает в течение 30 минут.»

*Вопрос 4:* «Проблематично ли создание вакцины против данного вируса?»

*Ответ:* «Ответ будет дан после расшифровки геномной информации выделенных вирусов. В настоящее время выделено 4 разновидности ТОРС-АКВ. Необходимо отметить успехи отечественных исследователей — выполнено успешное секвенирование ТОРС-АКВ, выделенного от единственного выявленного на территории РФ больного ТОРС.»

*Вопрос 5:* «Были ли беременные женщины среди заболевших и каков процент летальных исходов в данной группе?»

*Ответ:* «В литературе такой группы среди заболевших не выделено.»

Председателем дана высокая оценка докладу, в котором обобщены самые современные данные по проблеме тяжелого острого респираторного синдрома. Отмечена роль высоких технологий в быстрой идентификации вируса. Важно разделение терминов «атипичная пневмония» и «ТОРС», имеющих общность лишь в нетипичности течения.



Все внимательно слушают

**ИнтерНьюс**

**Инсульт можно предотвратить у многих**

Считает доктор В.А. Парфенов. Инсульт представляет одну из наиболее частых причин смерти и инвалидизации населения. Риск инсульта повышается экспоненциально с увеличением возраста. Летальность от инсульта является наиболее высокой в Болгарии, России и Китае, самой низкой во Франции, США и Швейцарии. Вероятность инсульта увеличивается примерно в 15 раз у лиц, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку, поэтому профилактика инсульта наиболее актуальна в этой группе населения. В настоящее время разработаны эффективные средства вторичной профилактики ишемического инсульта. Они включают отказ от курения и злоупотребления алкоголем, нормализацию артериального давления, длительный прием антиагрегантов (при мерцательной аритмии), каротидную эндартэктомию (при выраженном стенозе внутренней сонной артерии) и прием статинов (при сопутствующей ишемической болезни сердца). Эти эффективные средства использует только небольшое число больных. Их широкое внедрение в повседневную клиническую практику способно привести к существенному снижению заболеваемости повторным церебральным инфарктом и летальности от него.

**Источник:**

*Клиническая геронтология, 2005, № 8.*

**Неудовлетворительная приверженность лекарственной терапии ИБС может быть связана с депрессией, установили американские ученые**

Таковы результаты анализа 940 амбулаторных пациентов со стабильной ИБС — участников проекта Heart and Soul Study, из которых 204 (22%) имели клинически выраженную депрессию. Несмотря на общую высокую приверженность лекарственной терапии, 14% больных с депрессией не соблюдали режим приема назначенных препаратов по сравнению с 5% в группе участников без депрессии. Лица с депрессией в два раза чаще забывали принимать лекарства (18% против 9%) или решали отказаться от их приема (9% против 4% соответственно). При выраженной депрессивной симптоматике вероятность несоблюдения режима лекарственной терапии была в три раза выше, чем при минимальных признаках депрессии. При этом на связь между депрессией и несоблюдением режима лекарственной терапии не влиял прием антидепрессантов. По мнению д-ра Мэри Волей и ее коллеги (Калифорнийский Университет, Сан-Франциско), депрессия может приводить к ощущению безнадежности и неверия в эффективность любой терапии. Также при депрессии снижается энергетический потенциал человека, ослабляется внимание, может повышаться чувствительность к побочным эффектам препаратов. По мнению авторов, адекватное лечение депрессии может улучшить и приверженность к медикаментозной терапии.

**Источник:**

*Arch. Intern. Med. 2005; 165: 2508-13.*

**«ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ»**

т. 1 и 2

Под ред. профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»



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

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



## ИнтерНьюс

### Одышка может быть мощным предиктором сердечной смерти

Так пишут д-р Даниель Берман и его коллеги (Медицинский Центр Cedars-Sinai, Лос-Анджелес США) по результатам ретроспективного исследования 17991 пациента, направлявшихся на одноконтрастную эмиссионную компьютерную томографию для оценки перфузии миокарда в покое и при нагрузке. По выраженности исходных симптомов все участники были разделены на пять групп: нет симптомов; неангинозная боль в грудной клетке; атипичная стенокардия; типичная стенокардия; одышка. Среднее время наблюдения составило 2,7 года. За этот период умерли 786 пациентов без явной коронарной патологии (224 сердечных смерти) и 720 участников с подтвержденной коронарной патологией (347 сердечных смертей). Оказалось, что среди больных без явной коронарной патологии лица с одышкой умирали от сердечных причин чаще, чем пациенты без симптомов, с неангинозной болью в грудной клетке, атипичной или типичной стенокардией: частота 2,3% против 0,5%, 0,4%, 0,6% и 0,9%, соответственно. Аналогичная тенденция отмечалась для общей смертности: 6,2% против 2,5%, 2,0%, 1,9% и 2,3%, соответственно. Среди пациентов с коронарной патологией больные с одышкой умирали чаще, чем лица из других категорий — как от заболеваний сердца (6,4% против 1,7%, 1,8%, 1,9% и 2,4%), так и от всех причин (11,7% против 4,1%, 3,6%, 4,2% и 4,6%, соответственно). Одышка оставалась независимым предиктором смерти после поправки на возможные вмешивающиеся факторы. По мнению авторов, оценку выраженности одышки следует включить в алгоритм клинического обследования пациентов, направляющихся на нагрузочные пробы.

Источник:

*N. Engl. J. Med.* 2005; 53: 1889-98.

### Хроническое воздействие шума на рабочем месте или дома может повышать риск инфаркта миокарда

К такому выводу пришли д-р Стефан Вилич и его коллеги (Медицинский Центр Университета Charité, Берлин, Германия), проанализировав данные пациентов, поступавших в берлинские клиники с диагнозом инфаркта миокарда в период с 1998 по 2001 г., и больных, поступавших в отделения другого профиля (группа контроля). Из 4115 участников 3054 были мужчинами, среднего возраста 56 лет; средний возраст женщин составлял 58 лет. По данным опроса, бытовой шум (например, от дорожного движения) увеличивал риск инфаркта миокарда у мужчин наполовину (отношение шансов 1,46), а у женщин — в три раза (отношение шансов 3,36). Напротив, шум на рабочем месте не влиял на риск инфаркта миокарда у женщин, на треть повышал риск инфаркта миокарда у мужчин (отношение шансов 1,31). По мнению авторов, хроническое воздействие шума приводит к стрессу, даже если сами люди этого не осознают. При физиологическом стрессе повышаются уровни адреналина и норадреналина, артериального давления и липидов крови, что, в конечном итоге, увеличивает сердечно-сосудистый риск.

Источник:

*Eur. Heart J.* 2005; early online publication.

## ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ февраль 2006 г.

Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И. М. Сеченова, Моховая, 11

Дата, автор	Тема, аннотация
<b>9 февраля 2006 г., среда в 17.00</b>	<b>Заседание Правления и Ревизионной комиссии</b>
<b>9 февраля 2006 г., среда в 17.30</b> Проф., академик РАЕН В.М. КЛЮЖЕВ, проф. А.В. АРДАШЕВ, проф. П.В. ИПАТОВ, д.м.н. С.А. ЧЕРНОВ, к.м.н. О.Ю. ВРУБЛЕВСКИЙ, д.м.н. В.Н. ТРОЯН, В.В. КУЧЕРОВ, Н.В. КОРНЕЕВ (ГВКГ им. Н.Н. Бурденко)	<b>Современные технологии в системе организации неотложной специализированной помощи кардиологическим больным.</b> Неотложная специализированная медицинская помощь кардиологическим больным, как высшая форма неотложных лечебно-диагностических мероприятий, базируется на нозологических принципах. Такой подход требует использования современных высокоинформативных методов диагностики, привлечения в состав дежурных бригад врачей различных специальностей терапевтического, хирургического, диагностического профилей. Конечным итогом такого коллективного труда является максимальное приближение возможностей специализированных стационаров к больному, кратчайший путь выхода на диагноз, выбор оптимальной лечебной тактики в полном объеме и, как следствие, наилучшие результаты в лечении больных.
<b>9 февраля 2006 г., среда в 18.00</b> Проф. В.Н. АРДАШЕВ, проф. Н.П. ПОТЕХИН, д.м.н. С.А. ЧЕРНОВ, д.м.н. А.Н. ФУРСОВ, к.м.н. Ф. А. ОРЛОВ (ГВКГ им. Н. Н. Бурденко)	<b>Артериальная гипертензия — синдром и болезни.</b> Основываясь на опыте работы многопрофильного стационара рассматриваются особенности синдрома артериальной гипертензии при гипертонической болезни и заболеваниях, сопровождающихся повышением артериального давления, в частности, паренхиматозных заболеваниях почек при сохраненной их функции и при наличии почечной недостаточности, анализируются возможности прогнозирования осложнений артериальной гипертензии, их диагностика и лечение.
<b>Секционные заседания</b>	
<b>Секции гематологии и переливания крови:</b> в большом конференц-зале Гематологического научного центра, Новозыковский проезд, 4-а, главный корпус, 5 этаж	
<b>28 февраля 2006 г., вторник в 17.00</b>	Справки по тел. 212-09-23.
<b>Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы:</b> В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО, ГКБ им. С. П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»	
<b>14 февраля 2006 г., вторник в 17.00</b> Доц. И.А. ЛИБОВ, Ю.М. МОИСЕЕВА	<b>Особенности ЭКГ-диагностики у больных артериальной гипертензией.</b>
<b>Секция клинической геронтологии и гериатрии:</b> В конференц-зале МГКБ № 60, шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж	
<b>16 февраля 2006 г., четверг в 15.00</b> Проф. Р.М. ЗАСЛАВСКАЯ, к.м.н. Э.А. ЩЕРБАНЬ	<b>Коррекция клинико-функциональных нарушений у больных стабильной стенокардией и артериальной гипертензией пожилого возраста моноциклом и мелатонином.</b>
<b>Секция нефрологии и иммунопатологии:</b> В аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
<b>16 февраля 2006 г., четверг в 16.30</b> 1. К.м.н. В.В. РАМЕЕВ 2. Д.м.н. Д.Т. АБДУРАХМАНОВ  3. К.м.н. В.В. РАМЕЕВ, проф. Л.В. КОЗЛОВСКАЯ, д.м.н. Д.Т. АБДУРАХМАНОВ	<b>1. Клиническое наблюдение: «Успешное лечение вторичного АА амилоидоза, осложнившего течение локальной формы болезни Кастльмана».</b> <b>2. Клиническое наблюдение: «Трудности дифференциальной диагностики болезни Кастльмана и ассоциированного с ним амилоидоза у больной с многолетним синдромом увеличенной СОЭ».</b> <b>Комментарий:</b> <b>Современное представление об острофазовом воспалении как причине АА амилоидоза.</b> <b>3. Болезнь Кастльмана и другие синдромы гиперпродукции интерлейкина У1, роль инфекции вирусом герпеса человека 8 типа.</b>
<b>21 февраля 2006 г., вторник в 16.30</b> к.м.н. С.И. ПЕТРИЧЕНКО, к.м.н. В.В. ФОМИН, к.м.н. М.Л. НАНТИКЕЕВА, проф. Л.В. КОЗЛОВСКАЯ.	<b>1. Влияние профессиональных факторов на исходы артериальной гипертензии по данным эпидемиологического исследования.</b> <b>2. Современные подходы к профилактике поражения почек при артериальной гипертензии.</b>
В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.	
<b>Правление МГНОТ</b>	

### АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ

профессор П.А. Воробьев  
Издательство "Ньюдиамед"

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

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



### КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

(оценка, выбор медицинских технологий управление качеством медицинской помощи)

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.

Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

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

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

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



**ПРОТОКОЛЫ МГНОТ**

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО  
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
от 8.10.2003 г.**

**Председатель:** академик А.И. Воробьев

**Секретарь:** к.м.н. Е.Н. Кочина

**Повестка дня:**

**1. Общие принципы диагностики заболевания щитовидной железы,** д.м.н., профессор кафедры эндокринологии ММА им. И.М. Сеченова Мельниченко Г.А.

В диагностике заболеваний щитовидной железы необходимо знать, что

- Развитие патологии щитовидной железы часто протекает медленно и незаметно;
- Заболевание щитовидной железы может потенциально приниматься за другое заболевание или состояние (гиперлипидемия, нерегулярные менструации, менопауза, депрессия и проч.);
- Нарушения функции щитовидной железы, включая субклинические формы, отражаются на функционировании практически всех органов и систем.



**Зал полон**

Диагностика заболеваний щитовидной железы базируется на данных гормонального исследования; по показаниям используются УЗИ, скintiграфия и тонкоигольная биопсия. В силу широкого распространения в популяции субклинических нарушений функции щитовидной железы, многие предлагают проведение широкого скрининга взрослого населения, подразумевающего определение уровня ТТГ. Существует чувствительный и специфичный лабораторный метод определения ТТГ, доступный для рутинной клинической практики.

На сегодняшний день благодаря внедрению в клиническую практику современных препаратов левотироксина разработано лечение большинства заболеваний щитовидной железы, что позволяет достичь высокого качества жизни пациентов.

**Вопросы докладчику:**

**Ю.Е. Виноградова (ГНЦ РАМН):** Есть ли гематологические маски гипотиреоза?

**Ответ:** Сам дефицит тиреоидных гормонов ведет к анемии. Но не следует забывать о том, что гипотиреоз может сосуществовать с другими фоновыми заболеваниями — (железодефицитной анемией, аутоиммунными, В<sub>12</sub>-дефицитной анемией). Следует отметить, что прием тиреоидных гормонов должен быть разделен по времени с приемом препаратов железа не менее, чем на 4 часа;

**Ю.Е. Виноградова (ГНЦ РАМН):** Какое значение имеет титр антител к тиреоглобулину?

**Ответ:** Имеет значение не титр, а сам факт наличия антител;

**Академик А.И. Воробьев:** Часто ли в вашей практике встречались опухоли лимфатической системы у пациентов с гипотиреозом?

**Ответ:** 2 больных с лимфомой щитовидной железы; Ваше мнение о препарате «Йод-актив»?

**Ответ:** Это — биодобавка, не прошедшая научного изучения.

Часто ли в группе престарелых пациентов с гипотиреозом встречалась нейтропения, В<sub>12</sub>-дефицитная анемия?

**Ответ:** К сожалению, оценивался лишь общесоматический статус без дополнительных исследований;

**2. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза.** к.м.н., доцент кафедры эндокринологии ММА им. И.М. Сеченова Фадеев В.В.

Гипотиреоз — клинический синдром, обусловленный стойким дефицитом тиреоидных гормонов в организме. Гипотиреоз подразделяется на первичный, вторичный и третичный. Наибольшее клиническое значение имеет первичный гипотиреоз, развивающийся вследствие разрушения (удаления) щитовидной железы. Гипотиреоз является одним из самых частых заболеваний эндокринной системы. По данным некоторых эпидемиологических исследований, в отдельных группах населения распространенность субклинического гипотиреоза достигает 10—12%. В основе современной диагностики гипотиреоза лежит определение в крови уровня ТТГ и свободного Т4. Принципы лечения гипотиреоза:

1. Для заместительной терапии гипотиреоза предпочтительны препараты левотироксина (L-T4).

2. Эутиреоз у взрослых обычно достигается назначением L-T4 в дозе 1,6 мкг/кг массы тела в день. Начальная доза препарата и время достижения полной заместительной дозы определяется индивидуально, в зависимости от возраста, веса тела и наличия сопутствующей патологии сердца.

3. Потребность в L-T4 с возрастом снижается. Некоторые пожилые люди могут получать менее 1 мкг/кг L-T4 в день.

4. Цель заместительной терапии первичного гипотиреоза: поддержание уровня ТТГ в пределах 0,5—1,5 мМЕ/л.

5. Уровень ТТГ медленно меняется после изменения дозы L-T4 или назначения другого его препарата; его исследуют не ранее, чем через 6—8 недель после этого.

6. Пациентам, получающим подобранную дозу L-T4, рекомендуется ежегодно исследовать уровень ТТГ.

7. В идеале L-T4 должен приниматься натощак, в одно и тоже время суток и, как минимум, с интервалом в 4 часа до или после приема других препаратов или витаминов.

8. Прием таких препаратов и соединений, как холестирамин, железа сульфат, соевые белки, сукральфат и антациды, содержащие гидроокись алюминия, которые снижают абсорбцию L-T4, может потребовать увеличения его дозы.

9. Увеличение дозы L-T4 может понадобиться при приеме рифампицина и антиконвульсантов, которые изменяют метаболизм гормона.

**Обсуждение:**

**Проф. Р.М. Заславская:**

В ежедневной практике терапевта гипотиреоз встречается очень часто, вызывая трудности в дифференциальной диагностике атеросклероза, церебросклеротической болезни. Встречаясь с плотными отеками, которые не уходят или незначительно уходят на мочегонной терапии, следует задуматься о гипотиреозе. Не нужно забывать и о загроможденном расположении зуба. Проблема не только в том, чтобы не пропустить гипотиреоз, но и в том, чтобы грамотно его лечить. У трети больных с гипотиреозной миокардиострофией мы встречали тахикардию.

**Академик А.И. Воробьев:**



**З.С. Баркаган на заседании МГНОТ**

Еще Михаил Михайлович Заводовский отметил полисиндромность этой патологии. Гипотиреоз многогранен, однако необходимо находить границы клинической симптоматики, когда врач уже начинает волноваться и вмешивается. Гипотиреоз не всегда имеет фоновое течение, бывают и кризы — человек рассеянный, мерзнет, а затем все проходит. Еще одно замечание, когда тироксин идет не по назначению. Побочное действие на проводящую систему сердца L-тироксин оказывает не у всех. Обычно это женщины, склонные к аритмии. Благодарю за замечательное заседание, на котором мы заслушали настоящих профессионалов. Спасибо!

**Интервью**

**Руслана Альбертовича Хальфина назначили заместителем министра здравоохранения и социального развития**

Это стало известно 9 декабря. Руслан Альбертович возглавлял Департамент, который стоял во главе угла разработок и реализации Национальных проектов в области здравоохранения. Радикально меняется лицо отечественного здравоохранения, в него добавляются огромные материальные средства. Основные направления модернизации неоднократно обсуждались в нашей газете — развитие первичного звена, включая привлечение в него новых молодых сил, оборудования, постепенный переход к врачу общей практики, развитие высокотехнологичной медицинской помощи, обеспечение ее большей доступности для граждан, например, таких, как замена крупных суставов, стентирование коронарных сосудов. Главное — изменение схемы финансирования — оплата и медицинской организации, и врачу за выполненную работу, а не по тарифной сетке. Будем надеяться, что в новой должности Руслану Альбертовичу удастся сделать еще много хорошего.

**Источник:**  
Собственная информация

**Основной фактор риска цереброваскулярных осложнений — сопутствующая патология инсульта после ангиопластики**

Д-р С. Вонг (Медицинский Центр Корнелли, Нью-Йорк) проанализировал данные Регистра ангиопластики штата Нью-Йорк и сравнил исходные характеристики и краткосрочные клинические исходы у пациентов, перенесших и не перенесших инсульт после выполнения ангиопластики. В целом, за 24 месяца 76903 пациента перенесли ангиопластику, из них у 140 (0,18%) развились цереброваскулярные осложнения в периоперационном периоде. У пациентов с неврологическими осложнениями была достоверно выше частота всех внутрибольничных осложнений, в том числе в 55 раз выше риск смертности (22,1% против 0,4%), и продолжительнее сроки госпитализации (12,5 против 3,0 дней), по сравнению с больными без инсульта. По данным мультивариационного анализа, было выявлено 7 независимых достоверных предикторов инсульта в периоперационном периоде. Это были возраст (отношение шансов 1,04), назначение ингибиторов гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов (отношение шансов 1,50), острый инфаркт миокарда (отношение шансов 3,92), патология сонных артерий (отношение шансов 3,38), хроническая почечная недостаточность (отношение шансов 2,91), интрааортальная контрпульсация (отношение шансов 3,53). Частота инсульта в данном исследовании оказалась ниже, чем в других известных регистрах. Эти различия были преимущественно связаны с демографическими характеристиками больных и качеством выполнения ангиопластики.

**Источник:**  
Am. J. Cardiol. 2005; 96: 1248-50.



# SCHWARZ

## PHARMA

SCHWARZ PHARMA AG  
Россия, Москва,  
ул. Усачева 33/2, стр. 5  
Тел. +7 495 9330282  
Факс +7 495 9330283  
www.schwarzpharma.com  
www.medi.ru



### ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

Под ред. проф. П. А. Воробьева  
Издательство «Ньюдиамед»

**Бестселлер учебно-методической  
литературы!**

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

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

Наверное, сегодня почти нет человека, которому не довелось бы хоть один раз в жизни лететь самолетом. Все волнуется, кто-то «принимает на грудь», чтобы снять стресс ожидания и взлета-посадки, кто-то хватается за руку спутника, когда самолет оказывается в зоне турбулентности. Редко слышишь про воздушные ямы и тошноту в полете, ушло это в прошлое вместе с увеличением размеров лайнеров. Но появилась новая проблема.

Консультирую недавно молодую женщину лет сорока, прилетела она из европейской страны недели две назад. Через день поднялась температура до 39, но надо было идти на работу — сбита жаропонижающими — а их много сейчас — и пошла. Кашля, насморка не было, самочувствие — так себе, и неделю просидела на всяких препаратах, даже приняла несколько дней один из флоксаинов. Все это мало помогало и, наконец, учитывая ознобы, выраженную потливость, при скудном кашле без отделяемого, даму госпитализировали. Картина правосторонней нижнедолевой пневмонии не вызвала сомнений, в плевре приличный объем жидкости, которую удаляли путем пункции. Очевидно, встал вопрос о возможной туберкулезной инфекции (при всей непохожести картины в данном случае), однако повторные иммунологические и ПЦР исследования дали отрицательный результат. Врачами был назначен антибиотик макролидового ряда, температура нормализовалась к концу вторых суток, исчезли потливость и ознобы, больная окрепла.

Может быть, и не стоило бы это описывать, но! Эта пневмония — очевидно совершенно — вызвана флорой, с которой больная столкнулась в самолете. Флора эта размножается в системах кондиционирования — там для нее и влажность подходящая и температура хорошая. Включаешь обдув на потолок, а оттуда патогенная культура летит. Особенно так поступают в каких-то критических ситуациях — опоздали, бежали, сели, включили обдув. Дети любят подуть на себя. И сколько раз встречались такие пневмонии с атипичным течением на курортах, куда летят бесконечные самолеты с российскими отдыхающими. Кстати, чаще именно дети им подвержены — видимо чаще играют струей воздуха.

Флора, живущая в системах вентиляции, вызывает различные виды атипичной пневмонии — напри-

мер, всем известную легионеллезную. Эти атипичные виды — пневмонии от кондиционера лечатся макролидными антибиотиками, но так как они могут быть связаны с внутриклеточными возбудителями, то лечить надо их долго — максимальной дозой и не меньше 10–14 дней. Эти пневмонии отличаются крайне негативным прогнозом — до 10–15% летальность, причем среди молодых. Лично мне известен один смертельный случай у женщины, которой не было и тридцати пяти лет, вернувшейся с отдыха. А вообще таких пневмоний приходилось наблюдать десятки,

пик приходится на период отпусков. Течение заболевания малосимптомное, не очень-то напоминает пневмонию, впрочем, и ОРЗ — тоже не очень. Основной симптом — высокая лихорадка с ознобами и

потливостью. Нередко врач впадает в диагностический ступор, не синтезируя симптомы в образ болезни. В такой ситуации всегда лучше дать макролид, чем заниматься поиском мифической «скрытой» инфекции — помогает быстро, а другие антибиотики, как правило, не эффективны.

Интересно, что похожая ситуация с микробным обсеменением техники возникает и в реанимации. Бог их знает, как и где размножаются микробы, но они оказываются по обе стороны абактериального фильтра, размещенного в воздушном тракте дыхательного прибора. Причем там оказываются одинаковые возбудители, например, синегнойная палочка, что вызывает вопрос о не герметичности фильтра. На самом деле — это внутрибольничная инфекция, которая живет и размножается в приборах, в тех частях, которые формируют и качают газовую смесь, эта зараженная смесь фильтруется и в больного попадает стерильный воздух. А прибор выбрасывает заразу в окружающую атмосферу, откуда она и попадает в больного. Стерилизация дыхательной аппаратуры возможна только в специальных камерах, наполненных парами антисептика, где прибор поработает несколько часов в холостую. Микробы и возбудители внутрибольничных инфекций — звери устойчивые, например, сине-зеленые водоросли живут повсеместно в трубках гемодиализных машин и водопроводящих герметичных систем, вытравить их оттуда можно только микстом из химической и горячей стерилизации. Неясно только, откуда они туда попадают, ведь вода в систему подается стерильной.

## ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

### НЕ ЛЕТАЙТЕ САМОЛЕТАМИ...

**СКОРО**

ИЗДАТЕЛЬСТВО «НЬЮДИАМЕД»  
ПЛАНИРУЕТ ВЫПУСТИТЬ В СВЕТ КНИГУ  
*Е. Е. Гогин, Г. Е. Гогин*

**ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ  
И  
АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ  
СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ:  
основы патогенеза, диагностика  
и выбор лечения**

Книга предназначена врачам общей практики, терапевтам, кардиологам, гериатрам, а также студентам медицинских вузов!

Заявки можно направлять по адресу:  
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7,  
издательство «Ньюдиамед»  
E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)  
Подробности на сайтах  
[www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

### Как получить нашу газету?

Заполните купон, и газета будет приходить к Вам. В газете публикуются материалы, статьи по важнейшим вопросам современной медицины, исторические очерки, прямая речь выдающихся врачей современности, информация о работе общества (расписания Пленарных заседаний, различных секций и приглашения для участия в секциях), отчеты о пленарных и секционных заседаниях.

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также врачей из других регионов:

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ			
Ф.И.О.	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Место работы	Должность
Контактный телефон:		E-mail:	

Купон высылайте в конверте по адресу:

**115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.  
Газета членам общества высылается бесплатно**

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон (095)118-7474, e-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru) [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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