



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Февраль 2006

№ 3 (20)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Если спросить наших врачей, откуда берутся медицинские знания, то этот вопрос поставит их в тупик. А сохранившиеся «экспериментальные основы» в курсе обучения прямо апеллируют к лабораторной медицине XIX—начала XX века. В университетах на физических факультетах есть предмет — «техника физического эксперимента». Обучение врачей в России никогда не имело элемента, подобного этому предмету. Поэтому для специалистов, изучающих науки там, совершенно понятно, откуда берутся физические знания, научные данные. К сожалению, очень многие врачи предполагают, что знания неким образом могут появляться из повседневного опыта или из того, что сказал профессор.

Есть масса документов — ВОЗ, международные соглашения, есть документ, который сами для себя фармацевтические производители сочинили (The International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)). Они заложили в нем минимальные требования к тому, что обязательно должно было присутствовать в рекламе: фирменное имя; дженерическое имя; имя и адрес компании или ее дистрибьютора; простая формулировка показаний; ясное подтверждение готовности выслать дополнительную информацию по запросу.

Для эффективного использования информации врачи должны иметь первичную подготовку, иметь возможности последилового обучения, работать в составе профессиональных «команд», иметь доступ к доброкачественным информационным источникам. Ведь решения, принимаемые врачами, имеют огромную общественную значимость. Врачи не только потребляют сами информацию, но ежедневно принимают решения, ведущие к расходованию чужих средств, в том числе общественных.

Реклама, которую изучают и считают источником информации врачи, содержит чаще всего неполную информацию. Несколько лет назад в 1999—2000 гг. я изучал рекламу в российских медицинских журналах, опубликованных в 1998 г., в отношении того, что должно быть в медицинской рекламе. Качество рекламы лекарственных средств было оценено в 397 публикациях. Давали в рекламе дженерическое имя (т. е. непатентованное наименование) 40%, 45% публикаций содержали показания, 24% — список показаний, 11% — указания по безопасности, 11% — противопоказания, 5% — опасные взаимодействия, 2% — ссылки. Такая реклама ни коим образом не может служить средством информирования врачей. Эта информация помимо того, что она неполна, еще является и искаженной.

Индустрия знает, как прислушиваются врачи к авторитетным коллегам (opinion leaders), «покупает» лидеров и влияет на врачей через них. Самый яркий пример из истории нашей страны — это продвижение человеческого или так называемого генноинженерного инсулина. Годы ведущие специалисты МЗ РФ пропагандировали человеческий инсулин как лучший. Они ссылались на собственные исследования и международные рекомендации и настаивали на том, что нужно всех лечить только человеческим генноинженерным инсулином. При ближайшем рассмотрении оказалось: собственные работы низкого качества, у нас не было ни проведено одного испытания по сравнению человеческого и животного инсулина; «международные» рекомендации созданы производителями инсулина; ВОЗ на своем сайте годами говорит о том, что инсулины одинаковы по своей эффективности и всегда рекомендовала животные инсулины бедным странам. МЗ утверждает рекомендации в 2002 г., где ни слова о преимуществах человеческих инсулинов.

Большое ли это достижение? Вы знаете, что большинство покупаемых сегодня инсулинов являются человеческими, в самые трудные годы последнего де-

сятилетия в отдельных регионах страны до 90% бюджетных средств тратилось на закупку инсулинов.

И это не просто проблема диабетиков, это проблема всех больных, в том числе пациентов психиатрических клиник, которые не получали в это время бесплатных лекарств и из-за своих обострений теряли работу и т. д., в это время и до самого последнего времени больные туберкулезом не получали пра-

чаще, чем на плацебо (CMAJ 2004; 170 (4) Facing the evidence: antidepressant treatment in children and adolescents E. Jane Garland)

Реклама, которую изучают и считают источником информации врачи, содержит чаще всего неполную информацию.

Внутренний документ SmithKline Beecham (вошла в GSK) рекомендовал: «эффективно управлять распространением данных исследования с целью минимизировать любое потенциальное негативное влияние... С коммерческой точки зрения будет неприемлемо включение пункта о том, что эффективность не была обнаружена...» (CMAJ March 2, 2004; 170 (5)).

Это типичная практика всех фармацевтических компаний. Скандал с циталопрамом связан не только с тем, что дети, принимавшие его, убивали себя и своих родителей, но и с тем, что часть специалистов выступала против этих препаратов. Известный английский психиатр, приглашенный на должность директора клиники в Toronto's Centre for Addiction and Mental Health, получил отказ после того, как в ознакомительной лекции критически высказался о достоинствах блокаторов обратного захвата серотонина. Естественно, отрицается, что отказ был связан с тем, что производитель флуоксетина (Eli Lilly) является самым большим источником средств для центра.

Врачи недооценивают влияние рекламы на свое поведение. Где бы ни был врач, он везде находится под давлением рекламы. В наших медицинских учреждениях, научных центрах реклама присутствует везде. Эта реклама не безобидна, она активно влияет на поведение. Она содержит необоснованные утверждения. Индустрия влияет на содержание научных журналов (не говоря о коммерческих журналах, которые она наполняет по своему усмотрению). За редким исключением существование журналов зависит от публикации рекламы, в основном исходящей от фармацевтической индустрии.

Даже в лучших журналах отношения с индустрией не вполне доброкачественны. На периферии — в развивающихся странах и в большинстве финансово менее благополучных журналов практика рекламы ниже стандартов международных организаций.

Требования к рекламе в журналах ясно сформулированы международными организациями:

WHO Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion. Accessed September 5, 2005. 1988 <http://www.who.int/medicines/library/dap/ethical-criteria/ethicalen.shtml>.

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association. IFPMA code of pharmaceutical marketing practices. Accessed September 5, 2005. 2005 http://www.ifpma.org/News/news_market.aspx.

WAME Recommendations on Publication Ethics Policies for Medical Journals. Accessed September 5, 2005. 2005 <http://www.wame.org/pubethicrecom.htm#advertising>

National Library of medicine. Journal Selection for MEDLINE. Accessed September 5, 2005. <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/jsel.html>

Я провел специальное исследование, проанализировав, как содержание журналов связано с публикуемой в них рекламой. Исследование типа сравнения с контролем, — подобранные пары. Подручная выборка журналов, представленных в MEDLINE. Все имеют разных издателей. Каждый выпуск просмотрен на наличие рекламы (кроме объявлений). Затем содержание изучено на предмет публикаций, тесно связанных с рекламируемым продуктом, кроме писем и новостей. Случай: выпуск журнала с рекламой отдельного продукта. Если более 1 рекламы в номере — один

Способен ли врач устоять перед сладкоречивой рекламой?

Доклад на пленарном заседании конференции «Управление качеством в здравоохранении. Лицензирование, стандартизация, клиничко-экономический анализ», Москва 5—7 декабря 2005.

В.В. Власов



вильное лечение. И все потому, что была уничтожена отечественная инсулиновая промышленность.

Индустрия активно влияет еще и на официальные документы общественных и государственных организаций. Один из примеров, это пример терапии распространенного заболевания — депрессии препаратами из группы блокаторов обратного захвата серотонина, в частности цепромилом. Эти препараты стали модными потому, что утверждалось, в частности, что они эффективнее и имеют меньше ограничений для применения. В России вышел ряд документов, в частности утвержденных Минздравом, в которых этот препарат преподносится как «идеальный». В течение 2 лет во всем мире развивается скандал с тенденцией к суицидам у людей, прежде всего у детей и подростков, которые получают блокаторы обратного захвата серотонина. Оказывается, в 2004 году применительно к этому препарату было прямо доказано, что данные исследований демонстрировали неблагоприятное соотношение положительных и отрицательных свойств циталопрама. Исследователи преуменьшали побочные эффекты — конфликт интересов в проведении, анализе и описании испытаний. В испытании сертралина не было учета побочных эффектов, и все описывалось, как хорошо переносимое. На самом деле 1 из 10 отвечал на лечение и 1 из 10 прекращал его по причине серьезных побочных эффектов, в 2 раза

К сожалению, очень многие врачи предполагают, что знания неким образом могут появляться из повседневного опыта или из того, что сказал профессор.

Врачи недооценивают влияние рекламы на свое поведение. Где бы ни был врач, он везде находится под давлением рекламы. В наших медицинских учреждениях, научных центрах реклама присутствует везде. Эта реклама не безобидна, она активно влияет на поведение. Она содержит необоснованные утверждения.

ИнтерНьюс

22 января 2006 г. состоялось первое «учредительное» заседание Общественной палаты

Это новый орган власти с совещательным голосом. На этом заседании были утверждены председатели комиссий, в частности комиссии по здравоохранению — господин Л. Рошаль. Этот персонаж известен своей оголтелой и неконструктивной критикой всего того, что делает Минздрав в любом своем составе. Следует признать, что деструктивная популистская волна, расходящаяся кругами после выступлений этого харизматичного неополитика приносит значительный вред проводящимся в отрасли преобразованиям. Ни разу из его уст не слышно было предложений по изменениям — только отрицание всего и вся. Назначение г-на Рошала на место «контролера» и «надзирателя» фактически означает прекращение реформ здравоохранения — если раньше, не обладая такими полномочиями, он умудрялся тормозить многое из того, что делалось, то теперь он становится официальным критиканом. К сожалению, специалистам, понимающим в здравоохранении не нашлось места. Так, академик Лео Антонович Бокерия, известнейший наш кардиохирург, оказался председателем комиссии «по здоровому образу жизни». Выглядит это насмешкой над здравоохранением, с чем можно поздравить как общество в целом, так и медицинское сообщество в частности. Вместо профессионализма и реализма теперь будет рошализм!

Главный редактор
П. Воробьев

В Израиле разрешили и автоматизировали пассивную эвтаназию

После длительной дискуссии с участием специалистов по медицинской этике и религиозных авторитетов, парламент Израиля (Кнессет) принял закон об эвтаназии. Согласно закону, аппараты жизнеобеспечения, поддерживающие жизнь безнадежно больных, будут отключаться автоматически при помощи специального устройства, снабженного таймером. Усложненная процедура пассивной эвтаназии понадобилась израильтянам для того, чтобы избежать нарушения законов Торы, запрещающих верующему иудею искусственно прерывать жизнь ближнего. Одобренный парламентариями закон вступит в силу со второй половины 2006 г.

На аппаратах искусственного дыхания в израильских клиниках будут установлены таймеры, перезапускающие их каждые 12 часов. Похожие устройства широко используются в домах ортодоксальных евреев для автоматического включения и выключения света в дни праздников и в субботу, когда религиозные законы запрещают пользоваться электроприборами. В случае, если состояние больного будет признано безнадежным, аппарат будет переведен в особый режим, требующий перезапуска вручную. Если дальнейшее искусственное поддержание жизни будет признано нецелесообразным, аппарат перезапущен не будет.

Процедура автоматического отключения дыхательной аппаратуры будет проводиться только в соответствии с завещанием пациента или, при отсутствии завещания, после консультации с его распорядителями или родственниками. В случае возникновения разногласий между родственниками, решение примет специальная комиссия.

Источник:
mednovosti.ru

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Закончились заседания трех секций МГНОТ — ангиологической, кардиологической и секции «Человек и инфекция». За год проведено по 6 заседаний, каждое из которых сопровождалось неизменным успехом участников. Обычно на заседании присутствовало от 80 до 120 человек. Среди обсужденных тем — разборы интересных больных, обсуждение проблем биотерроризма и терапии стволовыми клетками, современных возможностей лечения от гепатита и эндоваскулярного «заклеивания» разрывов аневризмы брюшной аорты. Вместе с тем ощущается настоятельная необходимость перехода от обсуждения «высоких» технологий к обсуждению насущных практических вопросов оказания помощи в первичном звене. В связи с этим предполагается начать публикацию и широкое обсуждение стандартов медицинской помощи, проведение обсуждения стандартов на секционных заседаниях.

Отчет о работе секций МГНОТ



Дипломы... дипломы



Б.П. Богомолов вручает подарок активным членам секции

Как повелось в конце годичной сессии, посетившим по 6 заседаний были вручены памятные сертификаты и ценные книги. На каждой секции счастливых оказалось примерно равное количество — по 30 человек нашли в себе силы прослушать новости медицины в течение года.

Собственная информация

В.В. Власов. Начало на стр. 1

случай, если использованы разные исследования одного продукта — один продукт. Статьи, где торговое наименование или МНН упоминалось в тексте как основная тематика (объект, метод) или предмет исследования строго соответствует продукту, считались тематически связанными публикациями (CRP). При наличии более 1 CRP в номере считался один случай CRP. Контроль: следующий номер журнала без рекламы данного продукта.

Дополнительные находки: в New England Journal of Medicine 75% рекламы — от одного производителя. Brit. J. Gen. Pract. — каждый выпуск несет рекламу одной и той же компании. Статистическая связь «научных» статей с рек-

ламными публикациями очевидна в данной выборке, это новый результат, хотя мы всегда подозревали это. Исследование не было слепым и не было параллельного независимого, поэтому OR ниже 2 следует игнорировать.

Очень высокие OR в некоторых журналах — не единственное доказательство наличия злокачественной практики манипулирования содержанием журналов в рекламных

От простого подбора тематических статей в номер с рекламой лишь малый шаг до публикации статей, предоставленных рекламодателем.

Соотношение числа публикаций и рекламы

Журнал	Выпусков	Годы	Число дизайнов	Число продуктов	Число публикаций (случаев)	Публикаций на номер
Amer. J. Hypert.	33	2002—4	20	9	94	3
Brit. J. Gen. Pract.	27	2003—5	16	16	63	2,3
New Engl. J. Med.	37	2004	15	11	81	2,13
Хирургия	25	2003—5	18	10	83	3,32
Тер. Архив	10	2004	68	32	93	9,3
ВМЖ	33	2003-5	27	24	31	0,94

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

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

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



В.В. Власов. Начало на стр. 1

целях. Обрамление информации влияет на содержание сообщения.

Организация тематических публикаций для поддержки рекламы обычна для коммерческих журналов и на платных страницах в интернете — по определению — но считается неприемлемой для рецензируемых научных журналов. От простого подбора тематических статей в номер с рекламой лишь малый шаг до публикации статей, предоставленных рекламодателем. В русской издательской практике этот шаг уже сделан.

Это лишь вершина айсберга, от нее рукой подать до фальсификации. 2 года назад в ходе одного из судебных исследований в руки независимых специалистов попал документ одной из больших фармацевтических компаний, одной из самых больших — и, по видимому, это не является особенностью деятельности именно этой компании, — в котором содержался список статей, подготовленных коммерческим агентством по информации. Из этого документа следовало, что написанные статьи находились в стадии определения, кто будет их автором. То есть фармацевтическая компания производит внутри себя якобы научную продукцию и отбирает ту часть продукции, которую надо опубликовать, заказывает в другом агентстве написание статей, а

Сейчас существуют и другие механизмы, которые влияют на врачей. В сети Интернет реклама автоматически подбрасывается к содержанию статьи. Новые технологии затрудняют отключение рекламы.

Редакторы и издатели взвешивают «за» и «против»: прибыль и доверие, выбор — в пользу прибыли. Из таких примеров нужны какие-то выводы, позитивные рекомендации. Я думаю, что для наших общественных организаций единственный выход — организовать давление на издателей, чтобы принудить их вернуться к исполнению стандартов издательского дела. Инструментом давления может быть оценка журналов на связь содержания с рекламой. Практика увязывания содержания с рекламой прямо запрещена WAME. Журналы, чье содержание поддается в угоду рекламе,

Врачи должны помнить, что они постоянно находятся под воздействием искаженной информации и опираются на нее в своей повседневной деятельности.

должны исключаться из MEDLINE как коммерческие издания: «Ни рекламные публикации, ни коммерческое субсидирование изданий не должно давать повод ставить вопрос об объективности изданного материала». (NLM's regulation on selection of journals).

Я думаю, что такая перспектива будет важна для журналов, ведь рекламодатели особенно охотно дают рекламу в журналы, размещаемые в MEDLINE. Читателей надо обучать не только критической оценке «научных» статей с использованием инструментов доказательной медицины,

но также критическому использованию рекламы и выявлению возможных искажений, внесенных рекламодателями в содержание журнала. С другой стороны необходимо давление на авторов. Если «поденщину» трудно выявить, то выявить CRP просто.

Исследование, опубликованное 2 года назад, показывает, что если взять на одну и ту же тему 2 исследования, одно из которых проведено независимыми университетскими людьми, а второе коммерческими компаниями, заинтересованными в этом продукте, то оказывается, что исследования, финансируемые фармкомпаниями, реже публикуются, зато из них публикуются те, что дали «нужный» результат: вероятность «хорошего» результата в этих исследованиях достоверно выше в 4 раза. Все коммерческие публикации опасны. Cochrane Library — уникальный ресурс и должна строго защищаться от коммерческого влияния в любой форме. Врачи должны помнить, что их действия находятся под влиянием очень многих сил.

Таблица 2

Связь содержания журнала с публикуемой рекламой						
Журнал	Число публикаций (случаев)	Число CRP	Число контролей	Число CRP в контрольных выпусках	OR	CI 95%
Amer. J. Hypert.	94	7	66	2	2,6	0,5 to 13
Brit. J. Gen. Pract.	63	7	28	0	7,2*	1,3 to 44
New Engl. J. Med.	81	12	75	8	1,5	0,6 to 3,8
Хирургия	83	3	70	0	2,7	0,3 to 26
Тер. Архив	93	38	83	1	33,5	4,4 to 253
ВМЖ	31	17	31	2	17,6	3,6 to 87

потом определяет, кому из известных врачей они заплатят, чтоб поставить его имя под этими текстами и поставить в так называемый научный журнал.

Врачи должны помнить, что они постоянно находятся под воздействием искаженной информации и опираются на нее в своей повседневной деятельности. Опираясь на такие данные, они постоянно перепрыгивают с льдины на льдину и не знают, какая из них подведет и окажется обломанной: убьет пациента или приведет его к тому, что он убьет своих родителей.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Пациент К., 29 лет, поступил в терапевтическое отделение городской больницы в связи с жалобами на боли в грудной клетке, кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры до 38°C, слабость, незначительную одышку.

Вышеперечисленные жалобы появились в течение недели до госпитализации. Обратился к участковому врачу, которым был поставлен диагноз пневмонии. Бригадой скорой медицинской помощи больной был доставлен в стационар для обследования и лечения.

Объективно в легких дыхание с жестким оттенком, единичные рассеянные хрипы. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 90 в минуту. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень увеличена до 3-х см по Курлову. Симптом поколачивания отрицательный, дизурических явлений нет. В анализе крови незначительный лейкоцитоз ($9,94 \times 10^9/\text{л}$) с палочкоядерным сдвигом, гиперхолестеринемия (6,1 ммоль/л), незначительное повышение уровня ферментов (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК).

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки на фоне картины диффузного пневмосклероза легких были выявлены множественные, диаметром 2—3 мм рассеянные очаги выраженного понижения прозрачности

легочной ткани.

При тщательном прицельном опросе больного выяснилось, что пациент в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем, наркотиками. Шесть лет назад во время алкогольного эксцесса имела место попытка суицида — разбил градусник и проглотил ртуть. Родственниками был госпитализирован в институт им. Склифосовского, где была оказана экстренная медицинская помощь, и пациент был выписан под наблюдение в психоневрологическом диспансере по месту жительства. С тех пор продолжал злоупотреблять алкоголем. Симптомов ртутной интоксикации не наблюдалось.

Таким образом, у больного имеет место инфильтрация легочной ткани ртутным веществом. Следует отметить, что, несмотря на удовлетворительное самочувствие больного, он может представлять угрозу и для окружающих, являясь источником выделения в окружающую среду паров ртути.

А.А. Доркина,
клинический ординатор кафедры гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова
В.А. Гарибашвили,
отделение лучевой диагностики ГБК № 7

Отравление ртутью



Скопления ртути в легких больного

ИнтерНьюс

Опубликованы долгожданные стандарты амбулаторно-поликлинической помощи еще по 14 нозологиям: глаукома, спондилопатии, псориатическая и энтеропатическая артропатии, гипопаратиреоз, сахарный диабет, преждевременное половое созревание, гипопитуитаризм, мочекаменная болезнь, ревматические болезни митрального клапана, злокачественное новообразование предстательной железы, врожденные аденогенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов, хроническая почечная недостаточность, гипогонадизм, хронический миелолейкоз.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 10.

Американская Кардиологическая Ассоциация объявила десять основных достижений прошедшего года

Эта традиция началась еще в 1996 г. «Номинанты» в списке располагаются в произвольном порядке, и в этом году первое место занимает использование аутологичных костномозговых клеток для регенерации миокарда. В исследовании REPAIR при введении таких клеток улучшалась фракция выброса левого желудочка у больных с инфарктом миокарда. Другое исследование продемонстрировало, что введение костномозговых клеток увеличивает проходимость при нагрузочной пробе расстояние у пациентов с поражением периферических артерий.

Второе место занимает исследование, в котором варениклин помогал отказываться от курения в два раза эффективнее, чем бупропион.

Третье место принадлежит мета-анализу 29 исследований, продемонстрировавшему, что вред пассивного курения составляет не менее 80—90% от негативных эффектов курения активного. Четвертое место принадлежит заявлению Американской Кардиологической Ассоциации о необходимости комплексного подхода к проблеме эпидемии детского ожирения, пятое — исследованиям различий в доступности медицинской помощи для различных групп населения. Шестое место заняло исследование RAVEL, в котором частота серьезных нежелательных явлений при использовании стентов с сиролimus-покрытием была вдвое ниже, чем для обычных металлических стентов.

На седьмом месте — исследование SCD-HeFT, в котором имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор увеличивал выживаемость при застойной сердечной недостаточности.

Восьмое место заняло исследование возможностей температурной терапии в ускорении восстановления функций конечностей при инсульте. Девятое место принадлежит открытию влияния генотипа β_2 -адренергических рецепторов на выживаемость пациентов, получающих β -блокаторы после инфаркта миокарда. Наконец, на десятом месте — уточнение клинического значения предгипертонии (систолическое артериальное давление 120—139 мм рт. ст., диастолическое — 80—89 мм рт. ст.). Предгипертония может утраивать риск инфаркта миокарда. При ее интенсивном лечении до 47% случаев инфаркта миокарда можно было бы предотвратить.

Источник:

American Heart Association

ИнтерНьюс

Полидипсия — отнюдь не казуистическая находка в практике врача. И не всегда ее причиной является сахарный диабет

Оказывается, полидипсия может быть проявлением депрессии и ряда психических заболеваний как таковых и побочным эффектом терапии некоторыми антидепрессантами (и трициклическими, и антидепрессантами нового поколения). Полидипсия характеризуется следующим: больные пьют в несколько раз чаще здоровых и потребляют жидкость в объеме, многократно превышающем физиологические потребности (4—20 л); выделение большого количества светлой неконцентрированной мочи; значительные колебания массы тела больных (2,5—10%); гипонатриемия (ниже 115 ммоль/л) и гипостенурия наблюдаются у 50% больных; эпизоды водной интоксикации на фоне падения осмолярности плазмы до 240 мосм/кг и гипонатриемия у 15—30% больных.

Важность своевременного распознавания и лечения полидипсии вытекает из ее распространенности, потенциальной опасности для жизни больного (она приводит к недержанию мочи, энурезу, растяжению желудка, мочевого пузыря) склонности к хронизации и рецидивированию, риску снижения социального функционирования и качества жизни пациента, увеличению медицинских затрат.

Источник:

Клиническая геронтология, 2005, № 8

Индивидуальные личностные особенности определяют качество жизни спустя год после операции аортокоронарного шунтирования

В настоящее время выделяют тип личности D, характеризующийся высокими уровнями напряженности, гневливости, депрессивной симптоматикой, низкой самооценкой, неудовлетворенностью жизнью в целом, недостаточной социальной поддержкой. Д-р Шариф Аль-Рузех и его коллеги (Университет Лидса, Великобритания) определяли предикторы плохого качества жизни, связанного со здоровьем у 463 больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования. Среди 437 участников (94,4%), заполнивших вопросник по качеству жизни, связанному со здоровьем, тип D оказался единственным предиктором плохого психического и физического здоровья через год после аортокоронарного шунтирования: отношения шансов 2,34 и 5,51 соответственно.

Предикторами плохого физического здоровья также были желудочно-кишечные проблемы (отношения шансов 2,21) и застойная сердечная недостаточность (отношения шансов 2,01). Плохое психическое здоровье предсказывалось поражением периферических артерий (отношения шансов 2,49) и инфекционными осложнениями (отношения шансов 1,96). По мнению авторов, будущие исследования в этой области помогут выявлять больных с риском послеоперационного ухудшения качества жизни, связанного со здоровьем, нуждающихся в психотерапевтическом вмешательстве и поведенческой терапии.

Источник:

Heart 2005; 91: 1557-62.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 18.10.2005 г.

Сопредседатель секции: проф. В.Е. Ноников; член корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов

Оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: И.В. Тюрина

«Биотерроризм — возможные инфекции и токсины»

Докладчик д. м. н. Жемчугов В.Е.

Ежегодно в мире умирают около 50 млн человек из них 16 млн от инфекционных и паразитарных болезней. Ежегодно в России болеют инфекционными болезнями 35 млн человек. Экономический ущерб России от инфекционных болезней ежегодно составляет до 15 млрд рублей.

О потенциале опасности микробов можно судить по тому, что к настоящему времени изучено 0,4—10% видов микроорганизмов, живущих на Земле. В XX веке были идентифицированы 36 новых инфекционных заболеваний (ВИЧ/СПИД, лихорадка Ласа, Эбола, ротавирусы, болезнь легионеров и т. д.). Человечество методом геной инженерии научилось создавать новые микробы, многие из которых могут быть чрезвычайно опасными.

Биотерроризм определяется как осуществление по тому или иному адресу угрозы преднамеренного, сознательного и целенаправленного использования патогенных микроорганизмов или токсинов биологического происхождения для нанесения ущерба или вреда. Целями биотеррористов могут быть индивидуумы, группы лиц и государства. Далее докладчик привел исторические примеры применения биологического оружия. Биологическое оружие для террористов привлекательно в экономическом плане, стоимость биологического заражения 1 км² территории составляет 1\$, химического — 600\$, ядерного — 800\$. Наиболее вероятные агенты биотерроризма: чума, натуральная оспа, геморрагические лихорадки, туляремия, сибирская язва, сап, мелиоидоз, ботулинический токсин. Один из главных факторов, определяющий размер наносимого ущерба, является способ применения: самый массовый — аэрозольный, затем оральный. По расчетам специалистов, 240 г ботулинического токсина достаточно, чтобы заразить 20 млн литров воды, со смертельной дозой, содержащейся всего в 20 мл.

В настоящее время создается впечатление, что генетика как наука может практически все, но нужно не забывать и о возможных пагубных последствиях науки — генетики, геной и белковой инженерии. Таковыми являются: не-

контролируемое распространение генноинженерных микробов, растений и животных; геной терапия создает высокотехнологичную методологию конструирования биологического оружия; прямая, преднамеренная его разработка. Необходимо установить строгий контроль ответственности и правительства за использованием результатов науки.

К настоящему времени созданы экспресс-методы индикации и диагностики биоагентов, например, на основе биосенсоров или биочипов. Приборы на основе биочипов действуют быстро и точно. Широко распространились методики на основе ПЦР и ее модификаций. В стране созданы и выпускаются передвижные суперлаборатории. В докладе были подробно представлены меры по противодействию и ликвидации последствий акта биотерроризма, как научно-технических, так и организационных. В выступлении особое место было уделено порядку действий при подозрении на теракт с применением биологического оружия. Так, самое главное для врача — это сразу защитить себя

(прежде всего дыхательные пути и глаза), чтобы иметь возможность помочь другим. Затем сообщить вышестоящему начальству или подразделению МЧС, ЦГСЭС, противочумной станции, если она есть. Следует отметить, что чаще всего происходит заболевание особо опасными инфекциями естественного характера, поэтому врачи-терапевты, находящиеся на переднем крае диагностики, всегда должны быть внимательны и знать реальность заболевания.

Вопросы к докладчику

Вопрос П.А. Воробьева: Скажите немного

подробнее про отряд 731, о котором Вы упомянули, думаю, не все про него знают?

Ответ: Эти специальные отряды были созданы в Японии во время II Мировой войны для ведения биологической войны и базировались в Северном Китае. Отряд 731 и еще несколько подобных отрядов занимались разработкой возбудителей особо опасных инфекций. Они выливали в Амур, в том месте, где течение подходит к нашему берегу, возбудитель сибирской язвы; с самолетов разбрасывали блох, зараженных чумой; проводили эксперименты на пленных китайцах и русских по отработке схем заражения, мер противодействия и т. п. Весь архив о деятельности этих отрядов был вывезен в США и до сих пор не опубликован. Ни один сотрудник этих отрядов не был осужден, хотя те преступления были ужасные.

Вопрос: Что такое ДНК вакцина?

Ответ: Это когда из какого-либо микроорганизма берется не полная клетка, а только кусочек ДНК, ответственный, например, за выработку так называемого протектив-

Продолжение на стр. 7 ↗



Слово берет А.Б. Малахов

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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 врачах 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 высылается БЕСПЛАТНО**

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета «Вестник МГНОТ» с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной 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 дет-

ства 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., Каворина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

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 — обобщивать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 ноября 2004г. № 271

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: хроническая обструктивная болезнь легких

Код по МКБ-10: J44

Фаза: стабильное течение

Стадия: 1—3

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.09.002	Измерение окружности грудной клетки	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.09.001	Микроскопия мазков мокроты	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации	0,5	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода в крови	0,01	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A19.09.001	Лечебная физкультура при заболеваниях бронхолегочной системы	1	5
A12.05.026	Исследование уровня кислорода в крови	0,01	1
A25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на органы дыхания			1		
<i>Противоастматические средства</i>			0,8		
		Сальбутамол	0,1		
		Ипратропия бромид + фенотерол	0,5	400 мкг	12 мг
		Формотерол	0,1	160 мг/400 мкг	4,8/12 мг
		Теofilлин	0,4	25 мкг	750 мг
		Ацетилцистеин	0,4	600 мкг	18 мг
<i>Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках</i>			0,8		
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,6		
<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>			0,3		
Глюкокортикостероиды			1		
		Беклометазон	0,4	800 мкг	24 мг
		Будесонид	0,3	800 мкг	24 мг
		Флутиказон	0,3	500 мкг	15 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

2. Модель пациента

Нозологическая форма: хроническая обструктивная болезнь легких

Код по МКБ-10: J44

Фаза: обострение

Стадия: 1—2

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.09.002	Измерение окружности грудной клетки	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1

A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.09.001	Микроскопия мазков мокроты	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации	0,8	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода в крови	0,5	1
A26.09.010	Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,5	1

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A19.09.001	Лечебная физкультура при заболеваниях бронхолегочной системы	1	5
A25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	3
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	3

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на органы дыхания			1		
<i>Противоастматические средства</i>				0,8	
		Сальбутамол	0,1	400 мкг	12 мг
		Ипратропия бромид + фенотерол	0,5	160 мг/400 мкг	4,8/12 мг
		Формотерол	0,1	25 мкг	750 мг
		Теofilлин	0,4	600 мкг	18 мг
<i>Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках</i>			0,8		
		Ацетицистеин	0,6		
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,3		
<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>			1		
		Глюкокортикостероиды	1		
		Преднизолон	1	35 мг	420 мг
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
<i>Антибактериальные средства</i>			1		
		Амоксициллин + клавулановая кислота	0,3	1,125 г	11,25 г
		Азитромицин	0,3	500 мг	5 г
		Кларитромицин	0,2	500 мг	5 г
		Моксифлоксацин	0,2	400 мг	4 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

3. Модель пациента

Позологическая форма: хроническая обструктивная болезнь легких**Код по МКБ-10:** J44**Фаза:** стабильное течение**Стадия:** 2—4**Осложнение:** хроническая дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

3.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.09.002	Измерение окружности грудной клетки	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.09.001	Микроскопия мазков мокроты	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации	0,5	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода в крови	0,1	1
A12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови	0,1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1

3.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A09.09.001	Микроскопия мазков мокроты	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A19.09.001	Лечебная физкультура при заболеваниях бронхолегочной системы	1	1
A18.05.010	Эритроцитаферез	0,01	1
A20.09.002	Оксигенотерапия (гипер-, нормо- или гипобарическая) при болезнях легких	0,001	10
A25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на органы дыхания			1		
<i>Противоастматические средства</i>				0,8	
		Сальбутамол	0,1	400 мкг	12 мг
		Ипратропия бромид + фенотерол	0,5	160 мг/400 мкг	4,8/12 мг
		Формотерол	0,1	25 мкг	750 мг
		Теofilлин	0,4	600 мкг	18 мг
<i>Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках</i>			0,8		
		Ацетицистеин	0,6		
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,3		
<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>			1		
		Глюкокортикостероиды	1		
		Беклометазон	0,4	800 мкг	24 мг
		Будесонид	0,3	800 мкг	24 мг
		Флутиказон	0,3	500 мкг	15 мг
Вакцины			0,8		
		Гриппозная вакцина	0,8		1 раз в год
		Бактериальные вакцины	0,5		1 раз в год

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

Начало на стр. 4

ного антигена или какого-либо фактора, и вводится человеку. Существуют технологии, когда этот кусочек ДНК начинает размножаться. Как пример можно привести ситуацию с гепатитами В и Д. Известно, что вирус гепатита Д не имеет собственной белковой оболочки и поэтому он использует белки вируса гепатита В, и соответственно он вырабатывает эти белки (протективные антигены) за счет клеток организма, и вырабатывается иммунный ответ.

Заключение

член корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов

Первому придется встретиться с первым случаем заболевания особо опасной инфекцией именно участковому врачу-терапевту, поэтому он должен быть широко образован, знать многие клинические нюансы болезни. Вот при-



Присутствующие на заседании

мер с пищевым ботулизмом, который имеет широкий круг источников заражения (рыба, пойманная браконьерским путем, домашние консервированные огурцы, грибы и т. п.). Пищевой ботулизм в плане диагностики не вызывает затруднений, клиника заболевания всем хорошо известна. Однако тот же самый возбудитель ботулизма, попав в рану, вызывает раневой ботулизм, и об этом мало кто знает. В монографии профессора Соколова «Ботулизм» приводится пример: 4-хлетний мальчик пилил доску, пила соскочила, и он глубоко повредил себе коленку. Через четыре дня (позже, чем обычно при пищевом ботулизме — сутки—двое) вдруг появляется затрудненное глотание, в горле отек. Первым делом заподозрили дифтерию и никто не подумал, что это совсем другое заболевание, возникшее в результате попадания возбудителя ботулизма, спорообразующей палочки, в рану.

На примере ботулизма я хотел продемонстрировать, что задача врача применительно к биотерроризму — это ранее распознавание необычного течения болезни. А для получения доказательности этих изменений необходимо проявлять пылливость, настойчивость и общаться с коллегами.

Примеров, связанных с биотерроризмом в нашей жизни, встречается много и в их основе часто лежит разгильдяйство. Например, случай с гепатитом А в г. Твери, энергетический кризис в Москве. Так, отключение электроэнергии в Москве на 3 дня ведет к остановке работы очистных сооружений. Три года назад я начал работать в Формулярном комитете, и тогда было сообщение о том, что у нас существуют сотни поддельных лекарств. С тех пор прошло много времени, но закон о поддельных лекарствах до сих пор не принят.

Присуждение Нобелевской премии в области медицины и физиологии в 2005 г. за открытие бактерии *Helicobacter pylori* и выявление ее роли в развитии гастрита и язвы желудка я считаю чудом, так как, на мой взгляд, никакого открытия в этом нет. Хирурги мне приводят пример: у больного язвой, ранее обследованного, *Helicobacter pylori* не обнаружен, развивается кровотечение, его оперируют и спустя некоторое время у него обнаруживают *Helicobacter pylori*. Значит, эта бактерия — спутник,

Campylobacter, широко распространенный микроб, который живет в нашем организме и очень хорошо паразитирует при гастритах, гастроэнтеритах. Считается, что три четверти населения заражены *Helicobacter pylori*, а Вы представляете, сколько надо продать лекарственных препаратов, чтобы вылечить всех больных.

В мире правят деньги, а это очень опасная тенденция. Недаром в известной опере поется: «Сатана там правит бал, люди гибнут за металл». Вы понимаете, что происходит: мораль рухнула, и для того, чтобы выжить, медицинским работникам в этих условиях нужно отрабатывать оружие профессионализма и придерживаться гуманистических принципов.

Что касается ВИЧ-инфекции — мое глубокое убеждение, что это продукт человеческих рук и разума, т. е. это выведенный вирус. Почти против каждого возбудителя есть вакцина, а вот надо было сделать такого врага, чтобы он ударил по иммунной системе так, что никакую вакцину против него нельзя сделать.

Я считаю очень перспективным направлением создание иммуногенного препарата, который бы после введения сразу повышал устойчивость организма не к одной инфекции, а к ряду болезней.

На мой взгляд, противоинфекционная защита службы МЧС очень выросла за последнее время. Она стала лучше, чем в советский период. Позвольте мне утверждать это авторитетно, чтобы не говорили бывшие министры, что советское здравоохранение имеет лучшие в мире мобилизационные способности — ничего подобного. Одиннадцать дней доставляли аппарат для приготовления дистиллированной воды для лечения холеры в Астрахани.

Я отрицательно отношусь к вакцинации против гриппа. Все везут на российский рынок и реализуют. Я считаю, что сделал две важные вещи в своей клинике: прекратил у прикрепленного контингента вакцинацию против гриппа и против холеры. Аргумент против вакцинации против холеры был в некотором роде вероломным. Японцы защищаются от гриппа масками и все вспышки гриппа прекращаются. Известно, что многие вакцины приводят к инвалидизации на всю жизнь. Нельзя до бесконечности вводить разные антигены против всех болезней, это супротив природы. Что касается вакцинации против кишечных инфекций (гепатит А, брюшной тиф, сальмонеллез, дизентерия), еще великий Н.Ф. Гамалея сказал: «От холеры легче уберечься, чем от насморка». Потому что вся группа кишечных инфекций, включая холеру, это инфекции с ясным



В.Е. Ноников уточняет...

механизмом заражения. Не допускайте попадания в рот ничего, что может содержать возбудитель. Одной из наших с вами задач должно быть воспитание гигиены и культуры быта у населения с пеленок.

Следует помнить, что нельзя вмешиваться вакцинацией в организм человека, который поражен какой-либо инфекцией или имеет хроническое заболевание. В свое время Б.Н. Ельцин подписал указ об иммунопрофилактике. Суть этого документа в том, что каждый сам решает делать прививку или нет, но Вы не найдете этого документа.

ИнтерНьюс

Широко распространенные нарушения лекарственного маркетинга имели место на съезде Американской Психиатрической Ассоциации, Public Citizen (Общественность и граждане)

Более половины производителей, которые принимали участие в съезде Американской психиатрической Ассоциации в 2002, нарушили правила продвижения лекарств, установленные самой ассоциацией или Администрацией по пищевым продуктам и лекарствам (FDA).

В этом исследовании, которое было финансировано Фондом Greenwall и Программой «Профессия Медицина» Института Открытого Общества, были изучены 24 стенда (выставочные палатки) на съезде с документированием взаимодействий с представителями фармацевтических компаний и анализом подарков, обеспеченных компаниями врачам.

Семь исследователей также собирали информацию посредством заполнения вопросника, содержащего список потенциальных нарушений правил продвижения лекарств в соответствии с рекомендациями Американской психиатрической Ассоциации. Исследователи обнаружили 16 нарушений правил Американской психиатрической Ассоциации: 8 компаний совершили по одному нарушению, и две компании (Eli Lilly и Pfizer) совершили по четыре нарушения каждая.

Наиболее частыми нарушениями правил были: раздача подарков стоимостью более чем \$10 каждый, выставочные павильоны с «ослепительным светом рекламной шумихи» («glaring lights»), действия по продвижению лекарств за пределами выставочной палатки, раздача игрушек или чучел животных. Компании раздавали различные предметы, включая лазерные диски, ярлыки для чемоданов, сумки, футляры для ладонных компьютеров, туристические руководства, кружки в вельветовых контейнерах и телефонные карты. Другими выдачами были: приглашения в рестораны, развлечения и мероприятия, связанные с искусством. Четыре компании нарушили правила FDA по продвижению лекарств «off-label», упоминая применение продуктов по показаниям, не одобренным FDA, или посредством обсуждения использования лекарств в дозах, превышающих рекомендованные.

По мнению П. Лурье, заместителя директора Исследовательской группы по здравоохранению Public Citizen, это является сильным доказательством того, что добровольные кодексы поведения, такие, как кодекс Американской психиатрической Ассоциации по продвижению лекарств, не справились с задачей снижения неадекватных действий фармацевтических компаний по продвижению лекарств. Другие добровольные кодексы поведения по продвижению лекарств, действующие в настоящее время, вероятно, также неэффективны, частично потому, что они не имеют функции наблюдения за соблюдением законов.

Источник:

www.palgrave-journals.com/jphp/journal/

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.



ИнтерНьюс

Субклинический гипотирозидизм ассоциируется с повышением сердечно-сосудистого риска

Д-р Н. Родонди (Калифорнийский Университет, Сан-Франциско) проанализировал данные 2730 мужчин и женщин 70—79 лет, из которых 12,4% страдали субклиническим гипотирозидизмом — уровень тиротропина у них был не ниже 4,5 мМЕ/л. Исходно субклинический гипотирозидизм не ассоциировался с сердечно-сосудистой патологией (стенокардия, инсульт, поражение периферических артерий, хроническая сердечная недостаточность). Однако по данным 4 лет наблюдения, сердечная недостаточность достоверно чаще встречалась у больных с выраженным субклиническим гипотирозидизмом (тиротропин не ниже 7,0 мМЕ/л), по сравнению с эутиреоидными участниками: частота сердечно-сосудистых событий 35,0 против 16,5 на 1000 человеко-лет. При умеренном субклиническом гипотирозидизме (тиротропин 4,5—6,9 мМЕ/л) достоверной связи с сердечной недостаточностью не было. По данным мультивариационного анализа, риск сердечной недостаточности повышался при умеренном субклиническом гипотирозидизме (тиротропин 7,0—9,9 мМЕ/л) — отношение рисков 2,58 — и при выраженном субклиническом гипотирозидизме (тиротропин не ниже 10 мМЕ/л) — относительный риск 3,26. В подгруппе из 2555 человек, исходно не страдавших сердечной недостаточностью, отношение рисков достигало 2,33 при тиротропине не ниже 7,0 мМЕ/л. Тем не менее, субклинический гипотирозидизм не был связан с повышением риска стенокардии, инсульта, поражения периферических артерий, общей или сердечно-сосудистой смертности. В будущем предстоит уточнить, вызывает ли субклинический гипотирозидизм сердечную недостаточность или ухудшает течение уже имеющейся. Во второй статье этого же выпуска речь идет об определении уровня тиротропина у 2108 участников исследования Bussell Health Study, наблюдавшихся в течение 20 лет. У лиц с субклиническим гипотирозидизмом (5,6%; тиротропин выше 4,0 мМЕ/л при нормальном уровне свободного тироксина) чаще выявлялась коронарная патология, чем у лиц с эутиреозом: отношение шансов 1,8. Проспективное наблюдение 101 участника с субклиническим гипотирозидизмом показало, что увеличивается риск сердечно-сосудистой смерти (отношение рисков 1,5) и коронарных событий (отношение рисков 1,7). По мнению авторов, субклинический гипотирозидизм может быть независимым предиктором риска коронарной патологии.

Источник:
Arch. Intern. Med.
2005; 165: 2467-72.

В Соединенных Штатах с каждым годом растет число беременных женщин, которым было сделано кесарево сечение.

Одной из причин называются участвовавшие иски против врачей, когда женщина считает, что роды естественным путем прошли не совсем удачно и винит в произошедшем врача. Очень часто именно поэтому, предохраняясь от возможных проблем, многие роженицы, не страдающие какими-либо отклонениями в здоровье, предпочитают сделать кесарево сечение. Только в 2004 году к этой операции прибегли 1,2 миллиона женщин, то есть 29,1% от общего числа рожавших. Каждый год эта цифра увеличивается на 3—7 процентов. Для сравнения, в 1970 году количество проведенных кесаревых сечений составляло не более 5 процентов. Если дело пойдет так и дальше, то в ближайшем будущем прекрасная половина человечества может окончательно забыть, каким именно образом появлялся на свет человек по замыслу природы.

Источник:
Americaru.com

На днях в издательстве «Ньюдиамед» вышла книга Е.Е. и Г.Е. Гогиных «Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения». В преддверии этого события мы поговорили с членом корреспондентом РАМН профессором Евгением Евгеньевичем Гогиным. Беседу вели А. Власова и В. Буланова.

Я впервые столкнулся с гипертонией, когда пришел на кафедру, которую возглавлял Александр Леонидович Мясников, который уже тогда был ведущей фигурой в лечении гипертонической болезни. Он спланировал большое исследование, которое продолжал профессор Вольнский Зиновий Алексеевич: были обследованы 109 человек — жителей Ленинграда. Это была вспышка очень тяжелой гипертонии, она определила точку зрения Ланга на нейрогенную причину возникновения гипертонии.

По существу, серьезная диагностика гипертонии началась после того, как Коротков смог применить аускультативный метод. Он был хирургом и добровольцем пошел на японскую войну, хотя был не слишком здоровым человеком. Изучал ранения сосудов, поэтому слушал артерии, обратил внимание, что когда накладывали манжету, то появлялись какие-то шумы. Он вернулся из армии, в хирургическую клинику профессора Федорова, но сделал этот доклад на терапевтическом обществе. Этот доклад привлек внимание Яновского, человека, который в значительной степени тогда определял лицо медицины после Боткина. Между прочим, Яновский был племянником Гоголя, Гоголь-Яновский, но сам нигде об этом не писал, потому как считал, что примазывать к такой фамилии не совсем прилично. Яновский имел очень интересные работы, интересовался кровообращением, выдвинул гипотезу о существовании «периферического сердца».

Яновский заметил работу Короткова и посчитал, что это совершенно по-новому позволяет измерять уровень АД: до этого можно было судить только о систолическом давлении по исчезновению пульса (накладывали манжетку, чтоб определить систолический уровень). Коротков наложил манжетку, и был определен уровень диастолического давления. И гемодинамический удар, все характеристики давления, сегодня определяемые, по существу, он предложил. Совсем недавно вышел большой том английский, где все самые интересные работы по гипертонии и среди них вот эта работа Короткова, и она приведена в репринте из Вестника Петербургского хирургического общества, и переведена на английский язык как классический этап диагностики гипертонии.

И это действительно так, потому что до этого момента считали, что есть две причины гипертонии: почечные заболевания — со времен Буйо еще, и при склерозе, склероз тогда уже определяли патологоанатомически. Но стало ясно, что есть еще гипертония, которую ни туда, ни сюда отнести невозможно, и вот в 1911 г. (публикация Короткова-Яновского была в 1905 г.) немецкий ученый предложил название «эссенциальная гипертония»: гипертония, которая не имеет других причин — просто поднимается давление.

Г.Ф. Ланг был из клиники Яновского, он там защищал докторскую диссертацию. Я не знаю, описано ли это где-то: Ланг очень хорошо владел языками, немецким языком в частности, и поэтому он в своих работах ссылался и даже заимствовал из немецких публикаций. И это раз ему в упрек поставил Яновский, потом второй раз, а потом как-то, хотя и был очень сдержанный, сказал: «Слушайте, ведь Вы же немецкая обезьяна», имея в виду, что он обезьянничает. Смысл то был не оскорбительный. Что сейчас делают — сплошь и рядом: повторяют какую-нибудь английскую работу, и это считается как бы достижением. Эта причина, по которой Ланг стал очень отрицательно относиться к своему учителю, и когда произошла революция, Ланг пошел вверх. А Яновский был генерал, и поэтому все было сделано, чтобы выставили Яновского из академии. И он работал и заканчивал жизнь на северном Кавказе.

— То есть получается, что Ланг остался во всех учебниках и в веках, а Яновский забыт?

— Абсолютно точно. В 1922 г. Ланг пишет по поводу гипертонической болезни, что она возникает у людей, которые много сидят, много едят, как правило, курят, много употребляют алкоголь. И поэтому заболевание присуще людям определенного социального положения. Это была его точка зрения. Потом он очень увлекся идеями Гольдблата, когда Гольдблат провел опыты с наложением лигату-

Гипертоническая болезнь — есть история, но есть ли перспективы?



Е.Е. Гогин

ры на почечные артерии и показал, что как только нарушается перфузия почки, давление обязательно резко поднимается. Почечная идея — это был второй этап смены концептуальных представлений, а окончательная его точка зрения была высказана четко и внятно после того, как он увидел послеблокадную гипертонию в Ленинграде. Я еще видел этих больных. Слепли люди. Одна из сравнительно молодых актрис ослепла прямо на сцене. Поэтому, — что было говорить о малой подвижности или переядании в блокаду.

Такая вспышка связана с факторами военного времени: стресс, отрицательные эмоции. Вот и появилась нейрогенная гипотеза гипертонии. Материалы, которые тогда получила наша кафедра, в полной мере этому соответствовали: 5% заболеваемость среди тех, кто в Ленинград приехали после блокады, 16% — у тех кто были эвакуированы и, наконец, в 3 раза больший процент гипертонии у тех, кто был в блокаде. Это был период, когда развивалось Павловское учение. У нас против этой концепции никто возражать не смел, и сам Ланг очень осторожно высказывался. Он был настоящий серьезный ученый, поэтому очень интересны его высказывания, он каждый раз извинялся, что он, терапевт, берется судить о физиологической стороне дела, но ведь лечить-то ему приходится.

За рубежом с интересом отнеслись к этой идее. Высказывание Пейджа приводит сам Георгий Федорович Ланг в своей книге. Его книга, практический труд «Гипертоническая болезнь», вышла в 1950 г., уже после его смерти, поэтому в последнем виде он ее не редактировал, я думаю, что некоторые вещи он сам не одобрил, как они поданы были за него его учениками, которые ее оформляли. Он высказал такую точку зрения: 1 стадия гипертонической болезни — нейрогенная, 3 стадия (последняя) — нефрогенная, когда подключается почка, а между ними промежуточная 2 стадия.

Пейдж, крупнейший английский специалист, по поводу концепции Ланга высказался так: «Ну, точка зрения о том, что сперва нейрогенная, а потом нефрогенная — это, конечно, не гипотеза, но это больше чем фантазия». У нас утвердилась настолько крепко эта концепция, что и сегодня от нее не принято отказываться. Тем более, что эту точку зрения очень поддерживал Александр Леонидович Мясников. Он еще одну сторону дела подробно освещал. Вторая и последняя его монография «Гипертоническая болезнь и атеросклероз» была очень полезна с точки зрения на гипертонию, как на особую нозологическую форму: это не конгломерат каких-то случайных гипертоний, а это особая форма заболевания, природу которого мы не знаем, проявляющаяся повышением артериального давления. Все дело в том, что до тех пор, пока все сводилось к нейрогенным факторам, то есть к тому, что это некое раздражение в головном мозге, и это определяет в дальнейшем гипертонию, это не позволяло понять природу гипертонической болезни.

Мы повторили работу в 1974 г., то есть 25 лет спустя: гипертоников стало не только не меньше, а существенно больше, чем в 1949 г. Очень разная артериальная гипертония оказалась на разных производствах: высокая заболеваемость была на ликероводочном заводе, на пивоваренном производстве, среди молодых женщин на производстве папирос (они не курили, это совершенно не принято было, но в воздухе была такая пыль, что они наглатывались ею). А те, кто работали на мясокомбинате, например, в 1949 г. получали не только картошки, они питались на работе бульонами и мясом, а картошки они отдавали домой, и заболеваемость гипертонией была минимальная, меньше 5%. А главное, попытка лечить больных, исходя из нейрогенной точки зрения, совершенно не удалась.

Продолжение следует

Очередная жертва заражения HIV-вирусом в Воронеже оказалась молодой мамой. Заражение высветило проблемы современного развития «Службы крови» в нашей стране, многие из которых известны и за ее рубежами. Во-первых, цифры, озвученные в ходе дискуссий: в стране около 350 000 зараженных этим вирусом, и около 60 человек заражены в результате гемотрансфузий. Среди последних половина заразилась при переливании эритроцитов, половина — при переливании свежемороженой плазмы. Случаев заражения через альбумин не описано. При этом выявлено за эти годы около тысячи HIV-инфицированных доноров, частота эта в 25 раз выше, чем в странах Европы. Так кто же у нас в рядах доноров?

А что у нас с заражением гепатитом, другими вирусными инфекциями? На этот вопрос ответ скромный — никто не знает. Ясно, что инфицированных гепатитом — миллионы! Из 6 инфекций, определяемых в различных странах, мы определяем только 3. Нет настороженности, например, в отношении парвовируса В19, вызывающего особый вид апластической анемии.

Карантинизация свежемороженой плазмы введена в стране в 2003 г., однако в добром десятке регионов вся плазма не карантинизируется, в других — существенная ее часть: в целом по стране карантинизируется 15% плазмы, в Москве — около 80%, а в Екатеринбурге — 100%. В Германии подвергается карантинизации вся плазма, во Франции — более половины, а в Англии — лишь 15%. Так ведь там элитные доноры, почтенные люди.

Карантинизация позволяет повторить исследование донора через несколько месяцев (обычно — пол-года) после кроводачи на предмет выявления у него вирусов. Донор мог быть заразным, а реакции при этом — отрицательными — так называемое серонегативное окно, и лишь через несколько месяцев появляются маркеры вирусов в крови. В наших условиях плазма от донора, не прошедшего повторного тестирования, не должна использоваться для переливания реципиентам.

Это то, что касается заготовки крови. Не легче и ситуация с переливаниями. До сих пор шаблонно переливают компоненты крови направо и налево, не используя донорзамещающих технологий — аутогемотрансфузий и реинфузий. Аутогемотрансфузия — забор необходимого количества эритроцитов или плазмы при плановой операции за несколько дней до нее, или забор плазмы во время беременности у женщин, которые имеют риск кровотечений в родах. Технология отработана много лет назад, но широко не применяется.

Реинфузия — сбор крови, излившейся в полость или с раневой поверхности, отмывание ее в специальном аппарате и возврат эритроцитов. Аппаратура стоит денег, немалых, стоит денег и расходный материал. Но зато полный отказ от донорских гемотрансфузий даже в экстренных случаях.

И, наконец, — ужесточение показаний к гемотрансфузиям. Сегодня врачи еще стремятся перелить «капля за каплю», обязательно сделать гемотрансфузию при кровопотере более литра, перелить плазму при низком белке крови и т. д. Таких показаний нет! Перфторан, известный под кодовым названием «голубая кровь», больным не нужен. В его бесполезности убедились уже давно американцы и прекратили его выпуск. Обратите внимание, что импортный перфторан в России не зарегистрирован, что косвенно подтверждает отсутствие спроса.

К гемотрансфузии — введению эритроцитов нужно относиться как к крику отчаяния, когда уже ничего не помогает. Не помешает большинству больных небольшая анемия, геморрагический шок связан с потерей объема крови, а не эритроцитов и лечится препаратами, компенсирующими объем. Давайте ради безопасности больных переливать меньше. Так, например, в одной из крупных больниц Санкт-Петербурга круглосуточно работает клинический трансфузиолог и число гемотрансфузий за год сократилось в 2,5 раза. Вот где резерв!

Важно, что эритроциты тоже можно карантинизировать, хотя удовольствие это стоит дороже, чем карантинизация плазмы. Но на другом конце — не нужно этого забывать, — риск заражения вирусами. Конечно, нужно развивать лабораторные методы выявления вирусных заболеваний у доноров. Можно смешивать кровь с веществами, уничтожающими вирусы, удалять из нее лейкоциты, внутри которых находятся многие возбудители. Путей, подходов много, но ни один из них не решит всех проблем. Нужно делать все возможные шаги на пути уменьшения вирусной опасности крови. И на каждом контейнере с компонентами крови честно писать: «небезопасно, возможно вирусное заражение».

Конечно, нужно развивать лабораторные методы выявления вирусных заболеваний у доноров. Можно смешивать кровь с веществами, уничтожающими вирусы, удалять из нее лейкоциты, внутри которых находятся многие возбудители. Путей, подходов много, но ни один из них не решит всех проблем. Нужно делать все возможные шаги на пути уменьшения вирусной опасности крови. И на каждом контейнере с компонентами крови честно писать: «небезопасно, возможно вирусное заражение».

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

КРОВЬ НИКОГДА НЕ БУДЕТ БЕЗОПАСНОЙ!

трансфузию при кровопотере более литра, перелить плазму при низком белке крови и т. д. Таких показаний нет! Перфторан, известный под кодовым названием «голубая кровь», больным не нужен. В его бесполезности убедились уже давно американцы и прекратили его выпуск. Обратите внимание, что импортный перфторан в России не зарегистрирован, что косвенно подтверждает отсутствие спроса.

К гемотрансфузии — введению эритроцитов нужно относиться как к крику отчаяния, когда уже ничего не помогает. Не помешает большинству больных небольшая анемия, геморрагический шок связан с потерей объема крови, а не эритроцитов и лечится препаратами, компенсирующими объем. Давайте ради безопасности больных переливать меньше. Так, например, в одной из крупных больниц Санкт-Петербурга круглосуточно работает клинический трансфузиолог и число гемотрансфузий за год сократилось в 2,5 раза. Вот где резерв!

Важно, что эритроциты тоже можно карантинизировать, хотя удовольствие это стоит дороже, чем карантинизация плазмы. Но на другом конце — не нужно этого забывать, — риск заражения вирусами. Конечно, нужно развивать лабораторные методы выявления вирусных заболеваний у доноров. Можно смешивать кровь с веществами, уничтожающими вирусы, удалять из нее лейкоциты, внутри которых находятся многие возбудители. Путей, подходов много, но ни один из них не решит всех проблем. Нужно делать все возможные шаги на пути уменьшения вирусной опасности крови. И на каждом контейнере с компонентами крови честно писать: «небезопасно, возможно вирусное заражение».

ИнтерНьюс

В США больных будут убивать

Верховный суд США поддержал закон штата Орегон об эвтаназии. Это решение — поражение консервативных христианских групп и администрации Дж.Буша, которые боролась за отмену закона 5 лет. В 1997 году этот закон приняли на референдуме местные жители. Закон разрешает врачам вводить по желанию безнадежно больных пациентов смертельную дозу лекарств. Для защиты своих интересов Белый Дом использовал бывшего министра юстиции Дж. Эшкрофта, который свою стратегию построил на антинаркотическом законодательстве, так как врачи для эвтаназии используют сильнодействующие препараты. Однако Верховный Суд счел доводы Эшкрофта неубедительными. Со счетом 6:3 решение было принято в пользу орегонских законодателей. Однако Белый Дом сдаваться не собирается.

Орегон — единственный штат в Америке, где была разрешена эвтаназия. Теперь же, после вердикта Верховного суда, открывается возможность для остальных штатов узаконить добровольный уход из жизни с помощью врачей. Закон четко регламентирует условия, на которых может применяться эвтаназия. Во-первых, неизлечимо больной должен дважды подавать устное и один раз письменное требование об эвтаназии. Во-вторых, диагноз должен быть подтвержден двумя врачами. А саму смертельную инъекцию проводит сам пациент. Кроме того, больной должен быть вменяемым и ему должно оставаться жить не более полугода.

В мире до сих пор идут жаркие споры об эвтаназии. В подавляющем большинстве стран нет специального закона по поводу добровольного ухода из жизни. И только в трех государствах закон допускает применение эвтаназии. Это Бельгия, Голландия и Швейцария. Теперь к ним с полным правом добавился и американский штат Орегон.

Источник:
по данным СМИ

Ученые из Американского Национального института рака получили данные, что чеснок и лук эффективны для профилактики не только простуды, заболеваний сердца и высокого содержания холестерина в крови но и позволяет заметно снизить вероятность развития у мужчин рака простаты

В ходе продолжавшегося два года исследования ученые сравнили особенности питания 470 здоровых мужчин и 238 пациентов, имеющих злокачественные опухоли предстательной железы. Было обнаружено, что ежедневное употребление с пищей как минимум 5—6 грамм лука или чеснока позволяет снизить вероятность развития рака более чем на 50%. По мнению онкологов, этот феномен объясняется цитостатическим действием аллиума — серосодержащего вещества, придающего луку и чесноку характерный запах. Несколько исследовательских коллективов уже подтвердили наличие у лука, чеснока и близких к ним культур положительного профилактического и лечебного эффекта при различных видах злокачественных опухолей, сообщила Энн Хсинг, руководитель этого исследования.

Источник:
Медновости.ру

Компания DuPont заплатит самый большой в истории США штраф за сокрытие информации о применении в своей посуде опасных веществ

Антиреклама

Владеющая торговой маркой Teflon американская компания DuPont в течение 20 лет скрывала информацию о применении токсичных веществ при производстве тефлона. Вредной была признана так называемая перфтороктановая кислота (С8). Обман обойдется компании в 16,5 млн долларов. В прошлом году DuPont уже заплатила 107 млн долларов американцам, которые утверждали, что вредные вещества, применяемые корпорацией, вызывают врожденные дефекты у детей и болезни у взрослых. Инициатором иска к компании DuPont стало американское Агентство по охране окружающей среды (ЕРА). Чиновники обвинили корпорацию в том, что «в течение 20 лет она не разглашала данные о применении в тефлоне канцерогенных химических соединений, а также о факте сбрасывания токсинов в водоемы близ завода в штате Западная Вирджиния».

DuPont еще в 1981 году, проведя исследования, выяснила, что при нагревании выше 360 градусов по Цельсию С8 начинает выделять токсины, вызывающие онкологические заболевания у крыс. Но обнародовать эту информацию корпорация не решилась. Когда же об этом узнали в Агентстве по охране окружающей среды, чиновники подали иск к DuPont на астро-

номическую сумму — 5 млрд долларов. Истцы утверждали, что компания «лгала потребителям, чтобы не ронять продажи своей продукции». Более того, в ЕРА утверждали, что есть данные, что химикат был обнаружен в крови беременной работницы завода DuPont и даже передан новорожденному. От DuPont потребовали, чтобы эти средства были направлены на замену у миллионов людей сковород и кастрюль с тефлоновым покрытием, на снабжение продукции, содержащей тефлон, предупреждениями об ее опасности, а также на создание фондов для медицинского наблюдения и исследования канцерогенных качеств тефлона.

Сегодня стало известно, что компания согласилась выплатить в качестве штрафа 10,25 млн долларов, а также выделить 6,25 млн долларов на экологические проекты. Торговая марка Teflon была придумана корпорацией DuPont еще в 1938 году, а в 1946 году уже была продана первая посуда. За последние 40 лет DuPont выдала лицензий на продажу своей тефлоновой посуды более чем на 40 млрд долларов. В 2001 году американцы разрешили производить посуду под маркой Teflon и в России — лицензию на это получил уральский завод «Демидовский», входящий в состав компании Виктора Вексельберга «СУАЛ-Холдинг».

Источник:
<http://www.chembz.ru>

Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н.,
член-корр. РАН, академик РАН,
д.м.н., профессор
- Сандриков В.А.,
член-корр. РАН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г.,
д.м.н., профессор

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

SCHWARZ PHARMA

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



КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Научно-практический
медицинский журнал

Для практических
врачей различных
специальностей
и социальных
работников, которым

постоянно приходится решать многие
клинические и социальные проблемы
больных пожилого и старческого возраста.

Знакомит читателя с фундаментальными вопро-
сами биологии и патофизиологии старения,
особенностями течения и терапии различных за-
болеваний в позднем возрасте, современными
методами диагностики и лечения, социальными
вопросами, организации здравоохранения, этиче-
скими вопросами, законодательством.

Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести:

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

Приглашение

«Знают ли
кардиологи
тиреотоксикоз?»

16 марта 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

СПИРИВА®

(тиотропия бромид)

первая линия базисной
(поддерживающей) терапии ХОБЛ^{1, 2}

позволяет больным ХОБЛ быть более активными,

положительно влияя на ключевые аспекты заболевания:

- качество жизни больных,
- частоту обострений и госпитализаций,
- одышку,
- функцию легких,
- переносимость физической нагрузки.³⁻¹⁰



Теперь в льготном
перечне ДЛО¹¹

ОТКРОЙ ДЫХАНИЕ!

Одна ингаляция в день
SPIRIVA®
(tiotropium)



Московское представительство
Пфайзер Интернашл Инк.
109004 Москва, Таганская ул., 21
Телефон (495) 258-5535



Московское представительство
Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ
119049 Москва, Донская ул., 29/9, стр.1
Телефон (495) 411-7801

СПИРИВА® – зарегистрированная торговая марка компании Берингер Ингельхайм. Совместное продвижение Спирива® осуществляют компании Берингер Ингельхайм и Пфайзер. За дополнительной информацией о препарате обращайтесь в представительства компаний.

Литература. 1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Практическое руководство для врачей. Федеральная программа (изд. второе). Под ред. А.Г. Чучалина. М3 РФ. НИИ пульмонологии МЗ РФ. Москва – 2004. 64с. 2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Web site. Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention. A Guide for Health Care Professionals. Updated July 2003. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health. Available at <http://www.goldcopd.com>. Accessed November 5, 2003. 3. Celli B, Zullowick R, Wang S, Kesten S. Improvement in resting respiratory capacity and hyperinflation with tiotropium in COPD patients with increased static lung volumes. Chest. 2003;124:1742-1748. 4. Szapiro R, Miller GA, Jones PW, et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J. 2002;19:2171-2176. 5. Bush B, Spink GA, Ramirez R, West T, J. Hammer R. Tiotropium (SPIRIVA®): mechanistic considerations and clinical profile in obstructive lung disease. J Pharm Sci. 1999;84:457-464. 6. Cambridge PMA. Towns L, Lee A. The timing of dose and pattern of bronchodilation of tiotropium (TIP) in stable COPD. Eur Respir J. 2000; 16 (suppl 31): 586. 7. Vincken W, van Noord JA, Graatstaal AFM, et al. on behalf of the Dutch-Belgian Tiotropium Study Group. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. Eur Respir J. 2002;19:2098-2106. 8. Vilijanen V, Heiskanen M, Korhonen L, Toivola L, Kuitman S. Health outcomes following treatment for six months with once daily tiotropium compared with twice daily salbutamol in patients with COPD. Thorax. 2003;58:509-514. 9. Data on file. Company: Boehringer Ingelheim International GmbH. 2001-2004. 10. O'Donoghue DE, Hogg T, Gellera F, Nantel A, Mads B, Magnusson H. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, airflow, and exercise tolerance in patients with COPD. Eur Respir J. 2004; 23: 452-460. 11. Приказ Росздравнадзора №1136-лр/05 от 28.05.2005 «О государственной регистрации цен на лекарственные средства, которыми обеспечиваются отдельные категории граждан». <http://www.rszdravnadzor.ru/infobank/infobank11361426.70945-0071.doc>. <http://www.rszdravnadzor.ru/infobank/infobank111785273.59716-32878.xls>, вступил в силу 28.08.2005

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ

Кардиологическая секция

2.	16 марта	Знают ли кардиологи тиреотоксикоз?
3.	18 мая	Хирургическая помощь и интенсивная терапия при нарушениях ритма
4.	26 октября	Сердце диабетика
5.	16 ноября	Приверженность к лекарствам и судьбе гипертоника
6.	14 декабря	Сердечную недостаточность лечим, а хроническое легочное сердце?

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. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Голин, 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. Шостаков, А.В. Шпектор, 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 www.zdrav.net

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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