



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Февраль 2006

№ 4 (21)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— Бенуан Семенович, а когда Вы поняли, что хотите стать именно хирургом?

— Попал я во 2-й Московский медицинский институт почти случайно. В институте, где-то на 3-м курсе, когда у нас началось преподавание хирургии, я для себя эту специальность обозначил: начал участвовать в работе кружка по общей хирургии, продолжил на 4-м курсе. Вел его очень интересный руководитель доцент Петр Иванович Слива, хирург еще старой университетской школы. На 4-м курсе я учился на кафедре, которой заведовал известный хирург Николай Алексеевич Богораз. Он в молодые годы лишился обеих ног, ходил на протезах, и всю оставшуюся жизнь оперировал сидя. Он был провидцем, после него осталось великодушное руководство «Восстановительная хирургия»: эпиграфом к ней было — «хирургии восстановительной принадлежит будущее». Эта его книга сразу была удостоена Сталинской премии.

Он был хирургом широкого профиля, во время войны был консультантом эвакогоспиталей. А его научным увлечением было фаллопластика. Фаллопластика по Богоразу описана во всех учебниках. Основным контингентом были молодые люди после ранений. Он брал филатовский лоскут на животе, перемещал его, имплантировал в него кусочек ребра, формировал мочеиспускательный канал. Больных нам он этих показывал после операции с хорошей функцией.

На 4-м курсе меня уже даже привлекали к операциям, я активно дежурил по ночам. Один раз я помогал на операции самому Н.А. Богоразу, и это было зафиксировано в операционном журнале.

— Детская хирургия — это ведь совсем другая хирургия?

— Да нет, та же самая, спектр заболеваний только чуть-чуть отличается. Поскольку я оканчивал педиатрический факультет, то я в субординатуре был у Сергея Дмитриевича Терновского. Нас в субординатуре было всего человек 10, с нами как следует занимались. Практически все из нас стали профессорами, правда, не все в детской хирургии. Причем интересно, что многие пришли в детскую хирургию после лечебного факультета. Так, Юрий Федорович Исаков, закончивший лечебный факультет, многие годы заведует кафедрой детской хирургии, он долгое время был заместителем министра здравоохранения. А академик М.Я. Студеникин, также закончивший лечебный факультет, многие годы успешно возглавлял НИИ педиатрии. Я же, окончив педфак, стал «взрослым» хирургом.

По окончании института в Москве в ординатуре в 1952 году было остаться практически нереально, национальность мешала. И после института я уехал работать на Дальний Восток, в Приморский край, в Находку. В то время это были 2 больших порта, почти 100000 населения, город строился. Больницы были «дохлые» в барачных помещениях. Весь город был покрыт лагерями, город строили заключенные, они же строили новую больницу, современную. Я начал работать простым хирургом в одной из старых больниц и где-то через полгода уже был заместителем главного врача в строящейся больнице. Там карьера очень быстро делалась. Тут нужно сказать, что выпускники московских, ленинградских и, пожалуй, Казанского ВУЗов существенно отличались от выходцев из других институтов. Все-таки хорошее образование играет важную роль. И, естественно, многие из них выбивались в руководящее звено.

— Но для начинающего хирурга занять административную должность — это же катастрофа?

— Катастрофа была чуть позже — вновь назначенный главный врач тут же ушла в декретный отпуск. А нужно было принимать эту строящуюся больницу, оснастить ее, укомплектовать штаты. Больница была на 150 коек, для Находки — это большая больница. Все старые больницы были без канализации, с примитивным отоплением. А эта — с автономной системой отопления, водообеспечения, канализацией. В Приморье она была одной из лучших.

Всего я в Находке проработал 2 года. Успевал и оперировать. И умудрился заболеть туберкулезом легких. Не было счастья, да несчастье помогло. После нескольких просьб в Минздраве мне разрешили оттуда вер-

Хирургам и терапевтам нечего делить

Б.С. Брискин

нуться в Москву. В Москве работу сам искал. Когда пришел в Московский горздравотдел с разрешением Минздрава, меня спросили: «В Сокольнический район пойдете работать?» А мне было совершенно все равно, в каком районе. Сказал, пойдю. Сначала они мне предложили в санчасть трамвайного депо. В то время, чтоб занять место врача стационара, нужно было иметь 5 лет стажа.

— То есть главврачом могли быть, а рядовым хирургом в стационаре — нет?

— Я им то же самое сказал. Тогда мне сказали: в Бахрушинскую больницу (имени Остроумова) пойдете? Сказал, что пойдю. Пошел. В то время больница была базой нашего (стоматологического) института. Кафедрой заведовал Петр Лазаревич Сельцовский, полковник, красавец, отец нынешнего руководителя Департамента здравоохранения. Но я пришел, когда он был в отпуске, в сентябре меня ему пред-

ставили. Он был очень строгого вида человек. И первым вопросом у него было: «Кто Ваши родители?». Меня это крайне возмутило. Я ему говорю: «А какое это имеет значение, обычные люди». «А почему со мной не согласовали вопрос, чтоб Вас сюда брать?» «Я получил приказ горздравотдела выйти на работу и вышел». Поэтому у нас с ним первое время были натянутые отношения. А потом через короткое время все наладилось. Он пригласил меня участвовать в научной работе, несмотря на то, что я был простым врачом отделения. Я начал работать, писать статьи, защитил кандидатскую под его руководством. Работал я на базе 50-ой до 2002 года, был заведующим кафедрой с 1984 года. Все было хорошо, кафедра была большой.

— Я удивилась, увидев на фотографии, какой у вас большой коллектив на кафедре.

— Сейчас объясню. На стоматологическом факультете всегда было 2 хирургических кафедры: общая и хирургических болезней, а до 1951 года вообще была одна кафедра и студенты на stomate учились 4 года. А с



1951 и терапевтам, и стоматологам добавили по одному году, и тогда появилась возможность организовать 2 кафедры: мы были кафедрой хирургических болезней, а параллельно с нами была кафедра общей хирургии. Тогда стоматологи изучали хирургию довольно подробно: мы читали стоматологам лекции по операциям на мозге, по операциям при врожденном пороке сердца. Сейчас они хирургию просто не хотят учить. Я им говорю, что они считают, что человек состоит из одних зубов. Постепенно количество часов на хирургию стало уменьшаться. Погиб зав. кафедрой общей хирургии лечфака. Тогдашний ректор вызвал меня к себе и просил, чтоб я присоединил кафедру к своей. Я сказал, что преподавать на одной кафедре и стоматологам, и терапевтам почти невозможно, это такая путаница начнется. У них абсолютно разные программы. А потом вот что придумали. Общую хирургию лечфака присоединили к общей хирургии stomata, а нам отдали общую хирургию stomata. И сделали на stomate одну кафедру хирургии. Ведь общая хирургия включает гнойную хирургию, травматологию.

В 2001 меня неудачно прооперировали на позвоночнике (пришлось передвигаться с помощью костылей), да я и так был в том возрасте, когда надо бы было прекратить оперировать. Сотрудники мне предложили сделать специальное кресло, чтоб мог оперировать. Ну, кого я этим удивлю? И ректору сказал, что кафедрой должен заведовать оперирующий хирург. Поэтому с 2002 я стал курировать 81-ю больницу. В таком возрасте ведь вообще оперируют единицы. Но работы хватает. Каждый день нужно посмотреть столько больных, столько статей прочитать и написать.

— Бенуан Семенович, а когда Вы столкнулись с эндоскопической хирургией?

— Как это ни странно, я, несмотря на то, что во всей эндоскопической жизни сильно задействован, операций эндоскопических делал немного. Я понимаю перспективность этого направления, я был одним из организаторов этого дела, но почему-то у меня к нему душа не лежит, мне больше нравилась открытая хирургия.

— Большой хирург — большой разрез?

— Ну, нет, я как раз сторонник минидоступа. Для этого есть специальные инструменты, оборудование. Такого количества больных, как у нас, прооперированных из минидоступа, почти ни у кого нет.

Есть такая академия медико-техническая, и в 93 году они решили создать у себя отделение эндоскопической хирургии и меня пригласили возглавить это отделение. Эндоскопическая хирургия позволяет значительно сокращать пребывание больного в стационаре. В идеале — холецистэктомия — 1 сутки, максимум 3—4. А в МЭСХ — не менее 6 дней. В них не оговаривается доступ. Кто составлял эти МЭСы для меня загадка. Они не соответствуют клинике и противоречат МКБ. Мы стремимся сократить сроки госпитализации, пытаемся обследовать больных догоспитально, а нас еще и наказывают деньгами — по МЭСу вы должны лечить

Мы стремимся сократить сроки госпитализации, пытаемся обследовать больных догоспитально, а нас еще и наказывают деньгами — по МЭСу вы должны лечить столько-то дней — не долечили. МЭСы не стимулируют врача лучше работать. Даже профессор Александр Сергеевич Ермолов, главный хирург Москвы, не смог ответить, кто составляет эти МЭСы. Ну, кто такое мог составить: при желчно-каменной болезни оплачивают 21 день, при остром холецистите 12 дней. Какой больной тяжелей: плановый, обследованный с желчекаменной или привезенный «по скорой» с острым холециститом?

О.Э. Луцевич, он из общих хирургов, он в свое время был профессором на кафедре ММА, очень увлекался эндоскопической хирургией, и это для него сейчас

21 день, при остром холецистите 12 дней. Какой больной тяжелей: плановый, обследованный с желчекаменной или привезенный «по скорой» с острым холециститом?

ИнтерНьюс

Рецептурные препараты нельзя будет купить без рецепта — так считает Минздравсоцразвития

В конце 2005 г. Минздравсоцразвития выпустил приказ, регламентирующий порядок отпуска лекарств аптеками, в котором идет речь об упорядочении работы и повышении ответственности аптек. Так, в документе говорится, что «Все лекарственные средства, за исключением включенных в перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, должны отпускаться... только по рецептам, оформленным в установленном порядке по рецептурным бланкам соответствующих учетных форм». Знать и выполнять эти требования нужно в первую очередь врачам и тем, кто работает в аптеке. Еще установлены новые—старые требования, что если рецепт помечен *statim* (немедленно) — аптека должна выдать по нему лекарство в течение дня, если *cito* (срочно) — в течение двух дней. Приказом впервые вводится порядок синонимической замены препаратов, что необходимо для отпуска выписанного по непатентованному наименованию препарата.

Источник:
собственная информация

Эпидемиологические исследования показывают, что заболеваемость аллергическим ринитом за прошедшее столетие выросла в десятки раз

Так, распространенность сезонного аллергического ринита в Швейцарии в 1926 г. была менее 1%, этот показатель увеличился до 4,4% в 1958 г., до 9,6% в 1985 г. и до 13,5% в 1993 г. Исследования, проведенные в России, свидетельствуют о том, что заболеваемость аллергическим ринитом возросла в 4—6 раз и пик ее приходится на молодой возраст — 18—24 года. Ряд наблюдений показал, что сезонный аллергический ринит чаще встречается в городе, чем в сельской местности, и японские исследователи связывают эти различия с возрастающим загрязнением воздуха в городах выхлопными газами автомобилей. Однако в Англии распространенность сезонного аллергического ринита в городах и индустриальных зонах ниже, чем в сельской местности. Разница в заболеваемости между городским и сельским населением, которая в 1926 г. была очень высокой в Швейцарии, в настоящее время практически равна нулю. Результаты многолетних наблюдений по Российской Федерации свидетельствуют о том, что более высокая заболеваемость аллергическим ринитом отмечается в экологически неблагоприятных регионах, но это не позволяет сказать, что существует прямая причинная связь между загрязнением воздуха выхлопными газами и заболеваемостью аллергическим ринитом. Целый ряд факторов, включающий расовые и социальные признаки, возраст, в котором произошел первый контакт с пыльцевым аллергеном, величина семьи, курение матери и характер вскармливания, возможно, могут влиять на заболеваемость сезонным аллергическим ринитом. Аллергический ринит может провоцировать развитие других заболеваний дыхательных путей и уха. Установлено, что у 24% детей аллергический ринит явился предрасполагающим фактором для развития острого и хронического среднего отита, а в 28% случаев — хронического риносинусита. Симптомы ринита присутствуют у 88% больных бронхиальной астмой, 78% таких больных в возрасте от 15 до 30 лет имеют повышенные уровни сывороточного IgE.

Источник:
Медновости.ру

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 17.02.2005 г.

Сопредседатели секции: член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков; член-корр. РАМН проф. В.А. Сандриков; проф. М.Г. Глезер.

Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: к.м.н. Л.А. Положенкова

Повестка дня: «У гипертензии женское лицо».

Заседание открыл Ю.Н. Беленков. Данной теме внимания уделяется мало, сказал он, а после смерти Л.В. Ваниной, которая занималась проблемой сердечно-сосудистых заболеваний у женщин во время беременности, стали заниматься еще меньше. Вместе с тем известны особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний, включая АГ, у беременных женщин и в постменопаузном периоде. В первом случае терапевт при осмотре больной должен учитывать нейро-гормональные изменения, происходящие в организме в связи с беременностью. Кроме того, врач при необходимости применения инструментальных методов диагностики и назначения медикаментозных препаратов должен учитывать их влияние на организм не только матери, но и ее будущего ребенка. В Кардиологическом центре планируется организация родовой палаты для родоразрешения беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Во втором случае речь идет о группе женщин с гипертензией в постменопаузном периоде. Известно, что в этот период возрастает частота развития гипертензии и необходимость назначения антигипертензивных средств, выбор которых определяется не только их переносимостью. Данные препараты приходится сочетать с другими, например, гормонами, которые могут приводить к серьезным осложнениям.

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

Существует мнение, что мужчины умирают от осложнений сердечно-сосудистых заболеваний чаще, чем женщины, но это не так. Результаты собственных наблюдений показали, что у женщин значительно тяжелее протекает инфаркт миокарда и инсульты, а смертность выше, чем у мужчин, в 2 раза. Своеобразие течения гипертензии у женщин обусловлено особенностями, присущими только им (беременность, постменопауза, метаболический синдром). Лечение гипертензии у женщин отличается от лечения у мужчин. Гипотензивные препараты можно сочетать с гормональной заместительной терапией. Эффективность гипотензивных средств повышается, если исключаются такие известные факторы риска гипертензии, как курение, ожирение и др.

2. Акад. РАМН, проф. В.Н. Серов (НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН).

Доклад посвящен гипертензии у беременных. Беременность — особое состояние организма, которое некоторые называют «синдромом системной воспалительной реакции». Гипертензия развивается в 10% случаев на фоне беременности и нередко сочетается с водянкой, нефропатией, преэклампсией и эклампсией. В плане лечения, отметил докладчик, гипертензия — это реанимационная ситуация. Акцентировал внимание врачей на том, что таких тяжелых осложнений и сопряженных с ними последствий можно избежать. Для этого нужно своевременно выявить гипертензию, правильно подобрать гипотензивную терапию и провести активное лечение до 20 недель беременности. Из гипотензивных средств акушеры по-прежнему широко используют сернокислую магнезию, оказывающую также противосудорожное действие. Новые гипотензивные препараты, ввиду неизученности их действия на плод, использовать следует с большой осторожностью. Исходы беременности при тяжелой гипертензии в большинстве случаев неблагоприятны и возникают

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

чаще, чем при других ее осложнениях (гипотрофия плода, возможна его гибель, преждевременные роды). Ситуация не изменяется, если даже вызывать преждевременные роды в 32 недели беременности. Дети рождаются с малым весом, пороками сердца, кишечной трубки и т. д. В таких случаях помочь ребенку очень сложно, только в высокоорганизованном акушерском центре. Если детей с пороком кишечной трубки перевозить в специализированные детские учреждения, то они при транспортировке погибают в 60% случаев. Выживание таких детей стоит очень дорого, дороже, например, чем операция на сердце (аортокоронарное шунтирование). Отсюда вывод — раннее выявление гипертензии у беременных женщин диктует необходимость назначения своевременного и адекватного лечения. Если женщина страдает гипертензией и собирается стать матерью, то к беременности ее следует готовить.

3. Проф. А.Д. Макацария (ММА им. И.М. Сеченова).

«Тромбофилия, гипертензивный синдром и беременность».

Сообщил о формах тромбофилии: генетической (мутации, полиморфизм генов), приобретенной (антифосфолипидный синдром, злокачественные заболевания), ятрогенной (гепарин, гормональная контрацепция, химиотерапия). Тромбофилия у беременных приводит к тромбированию сосудов микроциркуляции: мозга, печени и др., что приводит к развитию неврологической симптоматики (эклампсия), протеинурии (гестоз), повышению уровня ферментов печени, гемолитической анемии (HELLP). Кроме этого, тромбофилия приводит к дефекту имплантации плодного яйца, недостаточной глубине инвазии трофобласта, неполноценной плацентации, эндотелиопатии, это в свою очередь приводит к снижению перфузии плаценты, а следова-



В Президиуме кардиологической секции

тельно, и к многочисленным патологиям у плода. Докладчик сообщил о частоте различных генетических форм тромбофилии в общей популяции. Гестоз — распространенный эндотелиоз. Триада нарушений как ключевое звено патогенеза гестоза: нарушение инвазии трофобласта; маточно-плацентарная ишемия; генерализованная активация эндотелиальных клеток. Докладчик подытожил, что женщины репродуктивного возраста с тромбофилиями могут столкнуться с неудачами ЭКО, синдромом потери плода, гестозом, HELLP — синдромом и др., будут пациентками акушеров-гинекологов. А женщины, достигшие менопаузы, чаще будут болеть инсультами, инфарктами, тромбозами, атеросклерозом, гипертонической болезнью, неврологической симптоматикой, катастрофическими формами полиорганной недостаточности, и, следовательно, станут пациентками терапевтов, кардиологов, невропатологов, кардиохирургов, сосудистых хирургов.

Вопросы к докладчикам.
Вопрос: Можно ли сочетать ингибиторы АПФ с гормонами, а их сейчас появилось множество в различных комбинациях?
Ответ М.Г. Глезер: Да, можно при соответствующих показаниях.
Комментарий проф. П.А. Воробьева: Следует иметь в виду, что гормональная заместительная терапия используется у женщин в постменопаузе для профилактики и лечения климакса, а не сердечно-сосудистых заболеваний или гипертензии. Более того, назначая гормональные препараты, включая контрацептивы, необходимо помнить о возможных нежелательных и побочных действиях (тромбозы).

В заключение Ю.Н. Беленков еще раз подчеркнул необходимость и пользу проведения таких совместных заседаний. Тема необычайно сложная и впервые мы вот так собрались вместе: терапевты, кардиологи и акушеры. Акушеры, говоря о своих проблемах, понимают, что решить их иногда можно только совместными усилиями. Нас, врачей, все время пытаются разъединить, однако лечить больных мы можем только совместными усилиями и взаимопониманием.

ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ

2004 г.

В. В. Цурко

Издательство «Ньюдиамед»

Обсуждаются современные схемы лечения и комплексы обоснованной терапии остеоартроза с перспективой использования препаратов, модифицирующих структуру хряща, а также вопросы профилактики заболевания. Книга предназначена для врачей-терапевтов, геронтологов, ревматологов, а также для студентов старших курсов и слушателей системы ФППОВ.



Б.С. Брискин. Начало на стр. 1 ↗

главное направление его хирургической деятельности. Он первый в России сделал резекцию желудка эндоскопическим способом.

Частные конторы занимаются пенкоснимательством. Не берутся за сложных больных, с осложнениями все попадают

потом к нам. Я за то, чтоб эндоскопия была частью хирургии, а не самостоятельной специальностью. Я об этом много писал в газетах и журналах, говорил об этом в докладах. Хороший уважающий себя хирург должен уметь оперировать и так, и так.

— **И в терапии постоянно пытаются выделить какие-нибудь специалисты «по левому уху»...**

— Профессор С.И. Емельянов, он заведует кафедрой у нас в институте и институтом эндоскопической хирургии, он очень ярый сторонник эндоскопической хирургии, он является президентом ассоциации эндоскопических хирургов и академиком нашей академии. Он главный редактор журнала «Эндоскопическая хирургия». Я ему сказал: Сергей Иванович, хочу одну статью опубликовать, но только дай слово, что опубликуешь ее в таком виде, как я ее дам. Он согласился. Там я про все за и против, про все «заужения» специалистов и написал. С одной стороны узкоспециализированный коронарный хирург, высококлассное, дорогое оборудование. Простой и хирурга, и оборудования нерентабелен, такое отделение должно интенсивно работать, но с другой стороны — что-то случается, и такой узкоспециализированный специалист теряется, приходится вызывать другого...

Самое дорогое — стационарное лечение. Ведь все эти реформы на что нацелены, — чтобы уменьшить поток больных в стационары. И отправить эти деньги на амбулаторное лечение, в том числе — на зарплату врачам. Ведь огромное количество больных можно лечить амбулаторно или хотя бы с коротким пребыванием в стационаре. Пока этого нет. Госпитализация вообще чрезмерная, и зачастую и срок пребывания чрезмерный. Ведь многих можно вообще не госпитализировать, если амбулаторно хорошо обследовать — дать им для этого оснащение и, главное, желание хорошо работать. В терапии ведь то же самое: зачем каждую пневмонию класть в стационар.

Консилиумы? Но у нас это сложно — очень большой поток больных «по скорой» поступает. А статус скоропомощной больницы нам не дают, потому что это штаты. В нашей стране все реформы обречены на провал, потому что чиновники со специалистами не советуются.

Хирург ведь должен хорошо знать как хирургическую технику, так и теорию, терапию, и для одного человека это многовато, не каждому это дано. Я все время вспоминаю терапевтов, с которыми меня сводила судьба. На обсуждении моей диссертации про антибиотикотерапию хирургических больных терапевт Дмитрий Федорович Пресняков так меня раскритиковал, что я думал, что бросить все это придется. А мой научный руководитель сказал: «Ты подумай, почитай, а потом сходи к нему и поговори». И Пресняков уделил мне массу времени, многое объяснил и поправил, помог.

Больные с язвами кровоточащими к нам какие поступают? — в подавляющем большинстве пьющие и не лечащиеся мужчины. Я не виню терапевтов, но этими больными должны заниматься они. Мы получаем таких запущенных больных, что и после нашего лечения плохие результаты, и крайними получаемся мы. В 50—60-е годы был другой перекос — очень активная хирургическая тактика в отношении язвенных больных: язва 1—1,5 см — оперировать, и хирурги делали калечащие операции. Потом пришла на смену ваготомия. М.И. Кузин говорил так: во всем мире делают ваготомию, только в России и отсталых африканских странах делают резекцию желудка. И он считал, что все на это должны перейти. Я тоже массу этих ваготомий сделал. Взгляды постепенно меняются. Язвенную болезнь ведь раньше лечили только терапевты, лечили до тех пор, пока больному не становилось совсем худо, и тогда уже делали операции отчаяния. И только благодаря С.С. Юдину, который настаивал на активной хирургической тактике при кровотечениях, этот подход удалось сломать, — но сколько лет война длилась? Теперь, когда терапевт видит капельку крови, он моментально отправляет больного в хирургию. Язвенную болезнь должны лечить терапевты, хирурги должны заниматься только ее осложнениями. Терапевты будут хорошо лечить язвенную болезнь — будет мало рецидивов и осложнений, не нужно будет хирур-

Хирург ведь должен хорошо знать как хирургическую технику, так и теорию, терапию, и для одного человека это многовато, не каждому это дано. Я все время вспоминаю терапевтов, с которыми меня сводила судьба.

Язвенную болезнь должны лечить терапевты, хирурги должны заниматься только ее осложнениями.

Это в древние времена были врачи и хирурги, а сейчас-то все мы врачи. Нужно искать точки соприкосновения обществ.

Нужно менять систему подготовки врачей, особенно хирургов. В США, чтоб получить сертификат хирурга, нужно после института проучиться 7 лет, в Европе 5, а у нас за год интернатуры хирургов готовят.

гическое лечение. Желудок, конечно, чаще приходится оперировать — перерождение, а вот с 12-перстной кишкой должны справляться терапевты, там терапевтическая тактика дает хорошие результаты. Но у нас особенная страна: во всем мире мало перфораций и кровотечений, а у нас их количество не уменьшается. Потому что наши больные или вообще не лечатся или плохо лечатся. Лекарства хорошие дорого стоят. Опять же пьянство, при этом хоть какими лекарствами лечи...

Вот желчекаменная болезнь. Когда я был молодым хирургом, ее лечили терапевты, и прошло много лет, чтоб заставить их этих больных отдать хирургам. Мы сами разберемся, оперировать или нет. Сейчас другой перекос — терапевты, если видят камень в желчном пузыре, то отмахиваются от больного, как черт от ладана.

Мне очень понравился размышления Павла Андреевича о поездке в Армению, он во многом здесь прав.

— **Я тоже читала и думала, что нас совсем чуть-чуть пронесло, не достигли такого кошмара.**

— А мне кажется, что не пронесло, что, возможно, все впереди, просто у нас это завуалировано. Возможно, мы катимся туда же. У него тут в статье очень хорошее слово, что с советских времен процветают «соплатежи» населения. Есть старый анекдот, когда пациенты говорят: «Доктор, мы даже не знаем, как Вас благодарить. — С тех пор, как человечество выдумало деньги, проблема решена».

Один из наших коллег, чуть постарше меня был, прооперировал на дежурстве молодого человека с ранением сердца.

Был единственный сын у родителей, его спасли. Естественно, родители захотели отблагодарить врача. И подарили ему золотые часы. По тем временам (60-е годы) это были абсолютно нереальные деньги. Врач этот этого не скрывал. Но мы все чувствовали, что это как-то нехорошо. Хотя все было совершенно искренне.

Почему бы общую газету хирургам и терапевтам не сделать, она ведь «Московский доктор» называется, это в древние времена были врачи и хирурги, а сейчас-то все мы врачи. Нужно искать точки соприкосновения обществ. Это ведь две основополагающие специальности. Так что я думаю, что это очень полезное дело будет. И хотя бы раз в год проводить совместные заседания с московским хирургическим обществом. Очень хорошая, полезная, интересная газета. Продолжайте в том же духе. Но многовато статей главного редактора. Он, конечно, очень активен, но не понимает, что действует во вред себе.

Только вчера, читая очередной номер газеты, понял, что любой может подписаться на нее бесплатно, обязательно сегодня посоветую всем нашим хирургам. Тут для них будет много полезного.

Во всем мире вопрос обучения решают не администраторы, а медицинское сообщество. У нас оно существует, формально, но оно не имеет реальных прав. Даже академик Виктор Сергеевич Савельев, который является Президентом Российского общества хирургов, не может преодолеть непонимание чиновников в здравоохранении. Реформа публично не обсуждена, не согласована со специалистами, это ее главный недостаток.

Нужно менять систему подготовки врачей, особенно хирургов. Я многократно говорил и писал об этом. В США, чтоб получить сертификат хирурга, нужно после института проучиться 7 лет, в Европе 5, а у нас за год интернатуры хирургов готовят. Я думаю, что нужно 6-й курс сделать субординатурой, плюс 1 год интернатуры, плюс 2 года обязательной клинической ординатуры. Все это объединить в одно понятие. Мы бедные люди, мы 7 лет на это не можем потратить, но 4 года вполне реально. Но затраты-то минимальные: 6-й год мы все равно оплачивали, интернатуру все равно оплачивали, ординатуру тоже, правда, не у всех. Я про терапию не берусь судить, можно за год подготовить терапевта или нет — не знаю, а вот хирурга точно нельзя. 6-й курс в институте — опять всего понемножку, в результате — ничего. К 6-му курсу люди должны определиться, в каком направлении им дальше учиться.

Что делают интерны сейчас — попадая в городские больницы: формально кафедра к ним отношения не имеет, они находятся в подчинении у заведующих отделениями, становятся «на побегушках» и пишут бумаги. У нас это не так, администрация довольна, что мы контролируем интернов, но так не везде. Тесты после интернатуры с первого раза пишет только треть, а они простейшие. Ординатура должна быть обязательно на базе кафедр, а ни в коем случае не на базе узкоспециализированных НИИ. Сначала должны как следует научить неотложной и общей хирургии, а дальше пусть «заужаются» на кого хотят.

А. Власова

ИнтерНьюс

Информационные источники о применении лекарственных средств: их производители, потребители и они сами

В статье М. Суры, П. Воробьева, М. Авксентьевой представлены характеристика источников информации о применении лекарственных средств и данные об их доступности среди врачей. Наиболее популярными справочными изданиями являются коммерческий Справочник ВИДАЛЬ «Лекарственные препараты в России» и РЛС — энциклопедия лекарств. Гораздо менее востребованы Федеральное руководство по использованию лекарственных средств и Государственный реестр лекарственных средств, тиражи которых несопоставимо малы по сравнению с коммерческой литературой. Информация о лекарственных средствах, публикуемая в справочниках, зачастую не соответствует требованиям Государственного информационного стандарта лекарственных средств, не содержит данные о доказательствах эффективности, результаты клинико-экономических исследований. Сегодня Министерство здравоохранения и социального развития реально может обеспечить справочной литературой не более 2% врачей.

Коммерческие издания помогают преодолеть информационный голод, повышая обеспеченность врачей информационными справочными изданиями о применении лекарственных средств до 60%, однако вопрос о достоверности и качестве данных в коммерческих справочниках остается открытым.

Вклад в преодоление информационного голода внес Формулярный комитет, выпустив в свет в 2005 г. Справочник лекарственных средств Формулярного комитета.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении
2005 № 11

Почти 50% пациентов с атеротромботическим церебральным инфарктом имеют атеротромбоз и другой локализации

В исследование DETECT (09.2003—07.2004) вошли 753 пациента с церебральным инфарктом атеротромботической этиологии. В анамнезе у 16% участников имелось коронарное событие, у 31% — инсульт или транзиторная ишемическая атака, у 15% — поражение периферических артерий. Д-р Д.Лейс (Университетская Клиника Лилля, Франция) сообщает, что распространенность атеротромбоза иной локализации (не церебральной) у таких больных достигала 47,5%.

Коронарная патология была выявлена у 33,7% больных, атеросклероз аорты — у 16,6%, поражение периферических артерий — у 22,7%.

Интересно, что коронарная патология была выявлена менее чем у 10% участников без нее в анамнезе. Атеросклероз аорты был выявлен у 50% обследованных (было обследовано 25% участников), поражение периферических артерий — у 100% обследованных (было обследовано менее 10% участников). Следовательно, атеротромбоз — генерализованное заболевание, и систематический поиск атеротромбоза иных локализаций необходим у подавляющего большинства пациентов с ишемическим инсультом.

Источник:

Cerebrovascular Diseases
2005

ИнтерНьюс

Новые обязанности участкового врача

Участковые врачи и медсестры в этом году будут заключать дополнительные контракты и получать дополнительную зарплату.

Между тем этот контракт налагает новые ответственности на участковых: они должны осуществлять динамическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, проводить диспансеризацию неработающих граждан, отвечать за проведение иммунизации населения и заботиться о раннем выявлении социально значимых заболеваний (туберкулез, диабет и некоторых других) и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Также в этот перечень вошла и дополнительная медицинская помощь, предусматривающая обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами.

Таким образом, предполагается, что врачи «отработают» дополнительную зарплату за счет новых функций, прежде всего — профилактической направленности.

Источник:
собственная информация

Разработан принципиально новый метод раннего обнаружения рака прямой и толстой кишки, основанный на выявлении злокачественных клеток посредством цитологического и ДНК-анализов

По словам координатора исследовательского проекта доктора Я. Мацуморы, раковые клетки обладают способностью длительное время выживать во враждебной среде, поэтому они могут быть обнаружены в фекалиях больного.

К эксперименту были привлечены 116 пациентов, больных раком прямой или толстой кишки, и 83 здоровых участников. Анализы кала, взятые у участников эксперимента, смешивались со специальными частицами мельчайшего бисера, содержащими на своей поверхности антигены, способные вступать в избирательное взаимодействие с нормальными и раковыми клетками. Проведенный эксперимент исследователи не знали, больному или здоровому человеку принадлежит взятая проба. В результате проведенных над выделенными колониями клеток цитологических и ДНК-анализов ученым удалось определить присутствие атипичных клеток в анализах 28% раковых больных. Цитологическое тестирование проб, взятых у здоровых людей, неизменно давало отрицательный результат. ДНК-анализ позволил определить генетические изменения у 71% раковых больных, в то же время подобные изменения были обнаружены и у 12% здоровых участников. Однако, когда разброс учитываемых генетических мутаций был сужен до вариаций, встречающихся только в раковых клетках, эффективность обнаружения патологии возросла до 86%. Учитывая обнадеживающие результаты первого эксперимента, команда доктора Мацуморы готовится к проведению новых исследований, в ходе которых эффективность нового метода будет сопоставлена с традиционной методикой определения рака кишечника по анализу на скрытую кровь в кале.

Источник:
Medportal.ru

Окончание. Начало в № 3 (20)

Лечили, очень хорошо помню, Павловской микстурой, это бром с кофеином, пиявками во время криза. Лечить регулярно, базисно пытались сном: логично, чтоб оправился головной мозг, им давали снотворное, они по 16 часов спали. Потом им давали выйти днем, они как в сомнамбуле двигались по несколько часов, и опять снотворное... и почти все они уходили в злокачественную гипертензию.

Ну никак не получалось, и когда начали находить препараты, которые реально помогают, то они не имели отношения к влиянию на центральную нервную систему. Это были мочегонные, это были бетаблокаторы, ганглиоблокаторы, симпатолитики.

После того, как мы получили эти результаты в 1975 г., мы опубликовали монографию, она называлась «Артериальные гипертензии». В тот период совершенно не принято было говорить об артериальной гипертензии, поэтому нам книгу долго муржили и не хотели издавать под таким названием. Но основным содержанием этой монографии было тогда изучение характера симптоматических гипертензий. Феохромоцитомы — у нас был самый большой тогда материал, альдостеромы к этому моменту была описана, синдром Кона, коарктация аорты. Вот все эти симптоматические гипертензии мы и собрали, а про гипертоническую болезнь мы написали только то, что она существует, как таковая и как ее надо лечить.

Я начал изучать гипертензию только что закончившим врачом. Волынский посоветовал мне пойти в цирк и посмотреть, как ведет себя АД у циркачей во время напряженных выступлений. И получились чрезвычайно интересные вещи. Взяли группу, тогда были известные братья Волжанские, так вот я у них мерил АД. Они приходили не меньше чем за полчаса перед спектаклем. У них было АД примерно 105—110 и около 60. Вот такая спортивная, великолепные спортсмены были, гипотония. В эти полчаса у них была минимальная разминка. Главное было другое, по их собственному пониманию, они не могли ни смеяться, ни шутить, ни как-то отвлекаться от этого дела, они себя определенным образом психологически настраивали. И если это у них не получалось, то они пропускали самые опасные номера. У них действительно очень опасные, очень красивые были выступления.

— Они заранее знали по своим ощущениям, когда не стоит опасные номера делать?

— Вот именно, а я им еще стал АД мерить. Последний раз, когда я им мерил — за 2 минуты до выступления — 180/110 мм рт. ст. — гипертонический криз как будто, каждый раз перед выходом. Они говорят: «это еще что, вот когда начинают исполнять нашу музыку, мы уже ощущаем, что у нас все напряжено». Потом давление систолическое еще очень высокое, гигантский гормональный выброс и нулевое диастолическое давление. А через 15 минут опять нормотония.

Я потом стал мерить давление у лошадей. У них оно меряется на хвостах. Их одевают, они знают, что их готовят к выступлению. Они же очень умные. Кони к этому спокой-

но относятся, им не больно. Манжетка накладывалась на репицу хвоста, там нет звука, но осциллометрически можно определить давление. У них тоже повышается давление, но главным образом перед репетицией, там, где их накаывают за какие-то ошибки, а к выступлению они относятся совершенно спокойно. Очень интересно все это.

— А Вы потом где-то описали это?

— Да, но с очень большой отсрочкой. Это можно было опубликовать только в 1958 г., а делал я это в 40-х годах, потому что казалось непонятно, как это уложить в Павловскую концепцию.

Еще в 1902 г. некто Белиз получил удивительный результат: он отметил, что если повышается давление, то артериальный сосуд в ответ на это сокращается. Получается парадокс, по сравнению с физическим законом Лапласа: если вы надуваете какой-нибудь эластический шарик, то он раздувается. А здесь прямо противоположная картина. Понять это просто — сосуд должен столько принести органу крови, сколько тот запрашивает, а если давление повышается, пройти крови может больше, чем нужно. Значит, сосуд должен сократиться, чтоб отрегулировать количество поступающей крови.

Но ни у кого не было сомнений, что эта работа регулируется в центре головного мозга. До тех пор, пока эта уверенность была абсолютной, понять, что такое гипертоническая болезнь, было просто невозможно. А потом стали появляться прямые опровержения, стали экспериментировать, изучать, для того, чтобы определять, чем же «лечить реакцию сосудов» на уровень АД на изолированных сосудах. Оказалось, что этот феномен, противоречащий закону Лапласа, абсолютно точно воспроизводится и на изолированном сосуде: что-то определяет давление, подает сигнал на гладкую мускулатуру оболочки сосуда. Было показано, что этим регулятором является эндотелий, который совершенно самостоятельно выполняет эту функцию с помощью ренин-ангиотензиновой системы, гормона ангиотензин-2.

Взялись за ангиотензин-2 и в 1990 г. появляются работы Каца, о том, что ангиотензин-2 — фактор констрикции и фактор роста: оказалось, что сосуд структурно-функционально при гипертензии изменяется, он становится узким, но мощной — его стенка. Это стали называть ремоделированием сосудов. Собственно, эту функцию эндотелия изучают на крупных сосудах и применительно главным образом к той сфере, где существует пульсовая перегрузка и где имеет место атеросклероз. И когда пишут об атеросклерозе, то пишут все время о функции эндотелия.

Но это явный недогляд, потому что у Яновского был замечательный ученик Николай Николаевич Савицкий. Он закончил кроме медицинского института еще физико-математический, и он работал над физической стороной ис-

Продолжение на стр. 7

Гипертоническая болезнь — есть история, но есть ли перспективы?



Е.Е. Гогин

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., Какорина 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 важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общепотребительность» или «так принято».

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 254

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: артериальная гипертония

Код по МКБ-10: I10

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
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
B03.016.06	Анализ мочи общий	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	0,5	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,5	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеинов низкой плотности в крови	0,01	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	6
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога первичный	0,5	1
B03.016.02	Общий (клинический) анализ крови	0,5	1
A04.12.003	Ультразвуковая доплерография аорты	0,001	1
A04.12.005	Дуплексное сканирование артерий	0,001	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,001	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,01	1
A06.10.002	Рентгенография сердца в трех проекциях	0,001	1
A09.05.004	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови	0,5	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,5	1
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	0,5	1
A09.05.018	Исследование уровня мочевой кислоты в крови	0,01	1
A09.05.084	Исследование уровня гликированного гемоглобина крови	0,01	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A12.09.004	Гипервентиляционная, ортостатическая пробы	0,001	1
A12.10.001	Электрокардиография с физическими упражнениями	0,001	1
A12.12.004	Суточное мониторирование артериального давления	0,0001	1
A12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)	0,001	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,1	1

2. Модель пациента**Нозологическая форма:** артериальная гипертония**Код по МКБ-10:** I10**Фаза:** стабильная**Стадия:** все стадии**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
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,5	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,05	1
A09.28.003	Определение белка в моче	0,05	1
A25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	2
A25.10.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	2
A25.10.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сердца и перикарда	1	2
A02.01.001	Измерение массы тела	0,01	1
A02.03.005	Измерение роста	0,01	1
B04.015.01	Школа для больных с артериальной гипертонией	0,9	10
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
A09.05.004	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови	0,01	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,01	1
A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	0,01	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,01	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеинов низкой плотности в крови	0,01	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,001	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,001	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,001	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,001	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
A12.12.004	Суточное мониторирование артериального давления	0,01	1
A25.31.004	Консультация провизора по подбору лекарственных средств безрецептурного отпуска и аналоговой замене	0,01	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ* группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,3		
	<i>Диуретики</i>		1		
		Гидрохлортиазид	0,5	23,44 мг	4 218,75 мг
		Индапамид	0,5	2,50 мг	450,00 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,9		
	<i>бета-адреноблокаторы</i>		0,4		
		Атенолол	0,1	116,67 мг	21 000,00 мг
		Бетаксолол	0,3	11,67 мг	2 100,00 мг
		Бисопролол	0,3	10,83 мг	1 950,00 мг
		Карведилол	0,3	37,5 мг	6 750,00 мг
	<i>Ингибиторы АПФ</i>		0,4		
		Каптоприл	0,4	125 мг	22 500 мг
		Периндоприл	0,4	6 мг	1 080,00 мг
		Эналаприл	0,2	20 мг	3 600,00 мг
	<i>Антагонисты кальция</i>		0,2		
		Амлодипин	0,6	5 мг	900,00 мг
		Верапамил	0,4	240 мг	43 200,00 мг
	<i>альфа1-адреноблокаторы</i>		0,001		
		Доксазозин	0,5	7,5 мг	1 350,00 мг
		Теразозин	0,5	10 мг	1 800,00 мг
	<i>Центральные агонисты альфа2-адренорецепторов и селективные агонисты имидазолиновых рецепторов</i>		0,01		
		Моксонидин	0,8	0,4 мг	72,00 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

Е.Е. Гогин. Начало на стр. 4

следований. Атеросклероз поражает крупные сосуды, аорту и средние сосуды, а дальше — не его сфера, дальше сменяются перепады давления и там бляшек не возникает. Но там происходит другой процесс, там гипертрофия *intima media*, она начинается с того, что меняется резистивное русло. Это те сосуды, артериолы, которые еще Сеченов назвал «кранами» сосудистой системы. Именно там происходит выравнивание давления: эти сосуды защищают капиллярное русло от давления, иначе не смогли бы существовать в спокойном состоянии капилляры, там возникает периферическое сопротивление. Так вот они первыми и меняются, именно там гипертония и вызывает ремоделированные сосуды.

В коронарном русле может быть одна бляшка всего, и если она распалась, будет инфаркт миокарда: каждая артерия отвечает за свой сектор, сегмент миокарда. В головном мозге 2 кольца, поэтому может быть полная обструкция одной из сонных артерий, а другая обеспечит кровоток в этих случаях, и ничего не произойдет.

В последней классификации гипертонической болезни указано, что 3 стадия — это когда возникают повторные инсульты или дисциркуляторная или гипертоническая энцефалопатия. Гипертрофированный сосуд становится гиперреактором, достаточно небольшого нервного импульса — и его совсем зажимает мышечная оболочка, и возникает ишемия, ниже этого участка — обеднение кровотока. Резистивный сегмент защищает лучше от повышения АД, чем от резкого падения. И если назначить сильный гипотензивный препарат перед сном, особенно у дипперов, то ночью возникает ишемия в этой зоне тромбообразование и лакунарный инфаркт или транзиторная ишемическая атака. Но в ответ на это сразу повышается АД, и когда утром приходит врач, то он намерит давление и напишет, что на фоне гипертонического криза произошло то-то и то-то.

Стало ясно, что выступает на первый план ренин-ангиотензивная система, причем не то, что мы хорошо определяем в русле, потому что в русле не то, что в тканях: эти гормоны остаются внутри ткани — паракринные, а не эндокринные элементы ренин-ангиотензиновой системы берут на себя всю регуляцию. В физиологии это называется рекапитуляция, то есть когда отказывается регуляция высших регулирующих инстанций, то подключаются тканевые субстанции. Эта система появилась в эволюционном плане задолго до центральной нервной системы, так как система циркуляции появилась раньше.

Самое интересное, что саморегуляцию при лечении гипертонической болезни нельзя отключать. Мы это видели

тогда, когда широко пользовались симпатолитиками: приходит ко мне лечащий врач и говорит: «Вы знаете, давление 200, но что-то большая стала терять сознание каждый раз, как в туалет стала выходить.» Приходим — она лежит, давление 200. Врач: «Вот видите, а Вы говорите, что это от симпатолитиков». Она садится — давление 120/60 мм рт. ст., я говорю: «Поставим больную?» Врач: «Нет, нет — не надо». Сегодняшние лекарства хороши тем, что они не отключают регуляцию. Поэтому у больных, которых мы хорошо и правильно лечим от гипертонии, диапазон изменения давления смещается к норме, но реакции эти сохраняются.

Насколько мощная ренин-ангиотензиновая система ясно из простых сопоставлений. Появляется бляшка в почечной артерии — возникает реноваскулярная высокая гипертония, она становится неуправляемой. Нужно расширить эту артерию, пока она не расширена, пока перфузия недостаточна, не работает механизм депрессорной системы, как будто ее и нет. Раньше делали операцию — удаляли бляшку, а теперь баллонизируют, ставят стент и сразу давление нормализуется. Но если это будет сделано в первые 1,5–2 года, а если пытаться лечить только гипотензивными средствами, то придется все больше наращивать дозы препаратов.

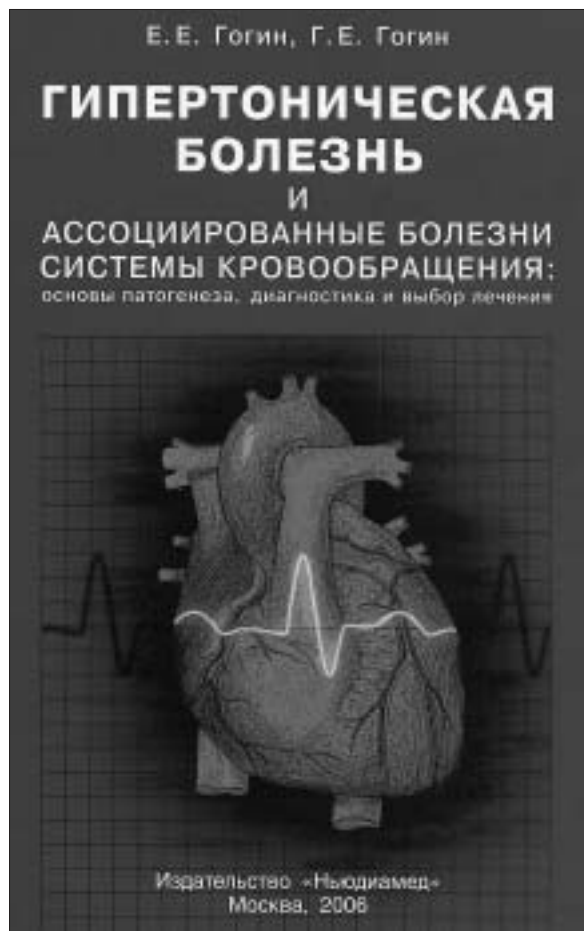
Юкстогломерулярный аппарат — мощнейший паракринный орган, а ведь если его взвесить — это какие-то миллиграммы, против общего веса эндотелия в 1,5 кг. Вот это и позволило понять, что же такое гипертоническая болезнь, она закрепляется не в мозгу, а на периферии, в резистивном русле, в артериолах.

Коарктация аорты: крови проходит мало в нижнюю половину, и весь этот бассейн требует, чтоб было повышенное давление, и компенсируется тем, что давление значительно повышается в верхней половине тела: на руках гипертоник, на ногах гипотоник. И если это состояние продолжается 1,5–2 года, то снижать давление абсолютно бесполезно.

Вот пример: мальчишка поступил в Сельхозакадемию.

Ему измеряли давление перед каким-то спортивным состязанием, увидели, что 200 мм рт.ст. и начали его лечить. Давление чуточку снижается, а он ходить не может, совсем ему худо. И какие-то нетипичные шумы на сердце. Я послушал, а шумы не столько на сердце, сколько сзади под лопаткой: коарктация аорты. Симптоматическая гипертония должна быть диагностирована вовремя! Можно расширить и вернуть русло нижних конечностей в нормальное состояние, но гипертония закрепилась, потому что уже ремоделированы сосуды верхней половины тела.

Поэтому задача терапии при гипертонии не только и не столько снижать уровень артериального давления, но помочь ремоделированным сосудам стать такими, какими они быть должны.



гипертоник, на ногах гипотоник. И если это состояние продолжается 1,5–2 года, то снижать давление абсолютно бесполезно.

Вот пример: мальчишка поступил в Сельхозакадемию. Ему измеряли давление перед каким-то спортивным состязанием, увидели, что 200 мм рт.ст. и начали его лечить. Давление чуточку снижается, а он ходить не может, совсем ему худо. И какие-то нетипичные шумы на сердце. Я послушал, а шумы не столько на сердце, сколько сзади под лопаткой: коарктация аорты. Симптоматическая гипертония должна быть диагностирована вовремя! Можно расширить и вернуть русло нижних конечностей в нормальное состояние, но гипертония закрепилась, потому что уже ремоделированы сосуды верхней половины тела.

Поэтому задача терапии при гипертонии не только и не столько снижать уровень артериального давления, но помочь ремоделированным сосудам стать такими, какими они быть должны.

ИнтерНьюс

Анализ врачебной практики ведения больных железодефицитной анемией в различных возрастных группах

был проведен сотрудником ММА им. И.М. Сеченова д-ром А. Федорук с коллегами. Анализировалась типичная практика выявления и лечения этого заболевания в разных регионах России. Распространенность железодефицитной анемии при предъявлении больным неспецифических жалоб составила 18,4%. Изучались данные о 505 больных с уточненной железодефицитной анемией в возрасте от 19 до 90 лет. Показано, что для диагностики практически не используются такие показатели обмена железа, как трансферин и ферритин, а в некоторых случаях — и сывороточное железо. Наиболее часто назначаемым железосодержащим препаратом является Сорбифер Дурулес (до 92,3%). Одним из ранних признаков эффективности терапии, по мнению автора, может быть насыщение эритроцитов гемоглобином.

Источник:

Клиническая геронтология, 2005, № 1.

Врачи из Стэмфордского госпиталя (Stamford Hospital) в Коннектикуте выявили закономерность между использованием научных технологий, способствующих зачатию, в лечении бесплодных пар и неблагоприятным исходом беременности. В частности, применение методов искусственного вызова овуляции и искусственного оплодотворения может в дальнейшем привести к выкидышу и отслоению плаценты

В ходе исследования ученые изучили 36062 одноплодные беременности. В 34286 случаях ребенок был зачат естественным образом, в 1222 — в результате индуцированной овуляции и 554 — после искусственного оплодотворения. Риск выкидыша после 24 недели беременности и отслоения плаценты, а также развития диабета оказался значительно выше у женщин, которые прошли процедуру индуцирования овуляции. Применение методов искусственного оплодотворения в ряде случаев осложнялось поздним токсикозом, гипертензией, аномалией плаценты и риском выкидыша. По мнению доктора Т. Шевилл, очень важно, чтобы пациентки, проходящие лечение от бесплодия, находились под неусыпным контролем медиков. Однако эти методики почти полностью исключают риск развития хромосомных и других аномалий плода. И вероятность родить здорового ребенка после применения технологий искусственного зачатия по-прежнему чрезвычайно высока.

Источник:

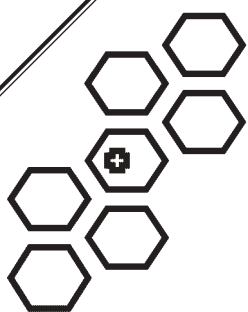
Медновости.ру

Согласно результатам Фрамингемского исследования, риск инсульта на протяжении всей жизни у лиц среднего возраста составляет 1 : 5 у женщин и 1 : 6 у мужчин

Эти цифры обычным людям понять проще, чем такие показатели, как частота, распространенность или относительный риск, поясняют д-р С. Сешадри и коллеги (Бостонский Университет, Массачусетс). В целом, 4897 участников первого Фрамингемского исследования наблюдались в течение 51 года. За это время у 875 человек развился инсульт, в том числе у 749 — ишемический. У лиц с гипертонией инсульт развивался в два раза чаще, чем у лиц с нормальным АД. У женщин с нормальным АД риск инсульта на протяжении всей жизни достигал 1 : 6, при гипертонии риск повышался до 1 : 4. У мужчин эти значения составили 1 : 10 и 1 : 5 соответственно. В настоящее время две трети всех случаев артериальной гипертонии не диагностируются или не лечатся адекватно, напоминают исследователи. Необходимо активно информировать население о риске инсульта и важности контроля уровня АД.

Источник:

Stroke 2006; ASAP



Проблемы стандартизации в здравоохранении

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

по стандартизации, лицензированию, аккредитации в управлении качеством в здравоохранении

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ!

Публикует научно-методические и нормативные материалы по управлению качеством в здравоохранении. Со страниц журнала Вы узнаете все о протоколах ведения больных, формулярной системе, лицензировании медицинской деятельности, аккредитации медицинских организаций, медицине доказательств и клинико-экономическом анализе в управлении качеством медицинской помощи.

Журнал осуществляет первую публикацию нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении, стандартов медицинской помощи.

ИнтерНьюс

При сопутствующем сахарном диабете 2-го типа риск смерти от коронарной патологии у женщин на 50% выше, чем у мужчин-диабетиков

Таковы результаты мета-анализа, опубликованного в *British Medical Journal* и подготовленного д-ром Рэйчел Хукслей (Университет Сиднея, Австралия). Авторы анализировали данные проспективных когортных исследований, опубликованных с 1996 г. по март 2005 г., а также данные Asian Pacific Cohort Studies Collaboration. В 37 исследованиях, включивших в общей сложности 447 064 человек, фатальная ИБС намного чаще регистрировалась у лиц с сахарным диабетом 2-го типа, чем у лиц без диабета (5,4% против 1,6%). Причем сахарный диабет-2 увеличивал вероятность фатальной ИБС у женщин в 3,50 раз, а у мужчин — в 2,06 раза. После исключения из анализа 8 исследований, где стандартизация выполнялась только по возрасту, гендерные различия уменьшились, но остались статистически достоверными. В 29 исследованиях, где поправка производилась по многим факторам, общее отношение относительного риска для женщин, по сравнению с мужчинами, составило 1,46. У женщин-диабетиков были выше уровни артериального давления и липидов, чем у диабетиков-мужчин и женщин без диабета. Кроме того, риск фатальной ИБС у женщин уменьшался в большей степени после поправки на факторы риска, чем у мужчин. Это говорит о том, что гендерные различия в основном обусловлены различиями в факторах сердечно-сосудистого риска. Другим объяснением может стать различие в подходах к терапии у мужчин и женщин, предполагают ученые.

Источник:
BMJ 2005; online first

После перенесенного острого коронарного синдрома повышение артериального давления чаще отмечается у женщин

Д-р Камил Фразиер и ее коллеги (Медицинский Центр Университета Duke, Durham, Северная Каролина) проанализировали данные 15 904 больных с острым коронарным синдромом — участников рандомизированных испытаний SYMPHONY I и II (Sibrafiban Versus Aspirin to Yield Maximum Protection from Ischemic Heart Events Post ACS). В обоих испытаниях сравнивалась способность орального ингибитора гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов сибрафибана и аспирина предотвращать вторичные ишемические события и смерть у больных, чье состояние стабилизировалось после острого коронарного синдрома. Оказалось, что гипертония чаще регистрировалась среди женщин, чем среди мужчин (63% против 50%), независимо от возраста. Женщины чаще мужчин принимали антагонисты кальция (35% против 30%), диуретики (33% против 19%), но реже — бета-блокаторы (51% против 57%). Впрочем, женский пол был независимо связан только с приемом диуретиков. Кроме того, женщины чаще, чем мужчины, принимали несколько препаратов — два (35% против 30%) либо три и более (16% против 13%). Хотя по данным первичного анализа у женщин с гипертонией смерть регистрировалась чаще, чем у мужчин, после поправки на другие вмешивающиеся факторы эта ассоциация исчезла.

Любопытно, что в стационаре женщинам с гипертонией реже, чем мужчинам с гипертонией, назначалась терапия острого коронарного синдрома, соответствующая принципам медицины доказательств. Это говорит о необходимости обучения врачей по проблеме высокого риска неблагоприятных исходов у женщин с гипертонией и острым коронарным синдромом, а также необходимости назначения бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, аспирина и статинов.

Источник:
Amer. Heart. J. 2005; 150: 1260-7

Программа заседаний МГНОТ на март-апрель 2006 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
22 марта 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
22 марта 2006 года, среда в 17.30 Д.м.н. проф. В.Е. НОНИКОВ (Центральная клиническая больница УД Президента РФ)	Диагностика и лечение пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста. Пневмонии в пожилом и старческом возрасте широко распространены, их диагностика нередко сложна, детальность остается высокой. Анализ большого количества клинических наблюдений позволил рассмотреть особенности клинического течения, дифференциальную диагностику и причины диагностических ошибок. Приводятся данные об этиологических агентах на основании бактериологических исследований и серотипирования. Представлены современные программы лечения пневмоний: тактика применения антибиотиков, терапия пневмоний тяжелого течения, особенности применения различных лекарственных средств.
12 апреля 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
12 апреля 2006 года, среда в 17.30 Академик А.И. ВОРОБЬЕВ (ГУ ГНЦ РАМН)	Гиперкоагуляционный синдром в клинике внутренних болезней. Гиперкоагуляционный синдром представляет собой своеобразную патологию свертывания, при которой имеет место снижение противосвертывающих факторов, свертывающих факторов (истощение фибринолиза, снижение дезагрегации тромбоцитов при повышенной агрегации), но нет тромбозов. Гиперкоагуляционный синдром является частой и своеобразной предфазой диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. В докладе приводятся клинические наблюдения, примеры и механизм перехода гиперкоагуляционного синдрома в гиперкоагуляционную, затем — в гипокоагуляционную фазу ДВС. Обсуждаются пути предупреждения и терапии ДВС-синдрома и гиперкоагуляционного синдрома.
26 апреля 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
26 апреля 2006 года, среда в 17.30 Член-корреспондент РАМН В.Б. СИМОНЕНКО, проф. Л.Б. БЕЛЯЕВ, д. м. н. П.А.ДУЛИН, д. м. н. Д.Н. ПАНФИЛОВ, к. м. н. М.А. МАКАНИН, О.С. СТЕПАНЯНЦ, А.Б. ПАНФЕРОВ (ГИУВ МО РФ, ЦВКГ им. П.В. Мандрыка)	1. Клиническая демонстрация: больной с синдромом Марфана: клиника, диагностика, лечение. 15 мин. 2. Соединительно-тканые дисплазии: от пролапса митрального клапана до синдрома Марфана. 40 мин. Дисплазия соединительной ткани (наследственная коллагенопатия) — группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, объединенных нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. К дифференцированным дисплазиям относятся синдромы Марфана, Элерса-Данлоса. Вариантами недифференцированных наследственных коллагенопатий являются первичный пролапс митрального клапана и иные малые аномалии сердца, трахеобронхиальная дискинезия, висцероптоз, гипермобильность суставов, врожденные деформации грудной клетки, «слабость» связочного аппарата стопы и позвоночника и ряд других распространенных изменений.
Секционные заседания	
Секция лечебного питания: В клинике лечебного питания Института питания РАМН, Каширское шоссе, 21	
14 марта 2006 года, вторник в 16.00 К.В. ГОНОР	Применение масла амаранты при сердечно-сосудистой патологии.
11 апреля 2006 года, вторник в 16.00 М.Н. ДМИТРИЕВСКАЯ	Изучение пищевого статуса и воздействие на него факторов питания.
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы: В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО, ГКБ им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро "Беговая", "Динамо"	
21 марта 2006 года, вторник в 17.00 Доцент М.Н. ПАЛКИН, С.Н. ИВАНОВ, А.Н. САВИНKOVA.	Проблемы диагностики и лечения больных с синдромом Вольф-Паркинсон-Уайта.
18 апреля 2006 года, вторник в 17.00 Доцент М.Н. ПАЛКИН, С.Н. ИВАНОВ, А.Н. САВИНKOVA.	Дискуссионные вопросы классификации и диагностики синдрома слабости синусового узла.
Секция клинической геронтологии и гериатрии: В конференц-зале МГКБ № 60, шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж	
16 марта 2006 года, четверг в 15.00 К. м. н. Н.С. ВОЛКОВА	Эффективность практического применения школы для больных с сочетанием артериальной гипертензии с сахарным диабетом у пожилых.
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
23 марта 2006 года, четверг в 16.30 Л.В. МАНДРИК, Т.М. РОЖДЕСТВЕНСКАЯ, О.А. СОЛОВЬЕВА, к. м. н. И.М. БАЛКАРОВ, к. м. н. С.Д. РУДЕНКО, проф. В.В. ПОНОМАРЕВА, проф. В.В. МАТЮХИН (кафедра терапии и профессиональных болезней, кафедра ЛФК и ВК ММА им. И.М. Сеченова и НИИ медицины труда РАМН).	1. Гиподинамия — фактор риска профессионально-обусловленного метаболического синдрома, подходы к реабилитации с применением ЛФК на основе аппаратно-программного комплекса «Истоки здоровья». 2. Демонстрация больного с метаболическим синдромом и проведением реабилитационной программы.
20 апреля 2006 года, четверг в 16.30 К.м.н. В.И. ОСИПЕНКО, д. м. н. Е.Н. ПОПОВА, к. м. н. В.В. КРАЕВА, В.В. ДЕНЬГИН, проф. Б.М. КОРНЕВ, 2. О.А. ЛИ, к. м. н. В.В. КРАЕВА.	1. Роль компьютерной томографии в диагностике профессиональных заболеваний с поражением легочного интерстиция. 2. Демонстрация больного с производственным ингаляционным воздействием соединений серы и фенола.
Секция неотложной терапии. В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
28 марта 2006 года, вторник в 16.00 проф. С.А. БОЙЦОВ, к. м. н. А.Г. ВИЛЛЕР, к. м. н. Р.М. ЛИМЧАК, к. м. н. Н.В. БАЛАМАТОВ, проф. Ф.Н. ПАЛЕЕВ	«ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (современные методы диагностики и лечения)».
25 апреля 2006 года, вторник в 16.00 К. м. н. М.М. ЛУКЬЯНОВ, к. м. н. Д.В. РУДНЕВ, д. м. н. Б.В. ДАВЫДОВ, академик РАМН А.П. ГОЛИКОВ	Новые возможности лечения и профилактики кризового течения гипертонической болезни.
Секция нефрологии и иммунопатологии: В аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
16 марта 2006 года, четверг в 16.30 1. К. м. н., с. н. с. отделения хронического гемодиализа и пересадки почки МОНИКИ Е.О. ЩЕРБАКОВА. 2. Комментарии: Д. м. н. Е.И. ПРОКОПЕНКО (МОНИКИ)	1. Клинические наблюдения: а) Успешное лечение вирусно-микоплазменной пневмонии после трансплантации почки. б) Трудности ведения туберкулеза на фоне хронического вирусного гепатита С у реципиента почечного трансплантата. 2. Легочные инфекции у реципиента почечного трансплантата.
Секция ревматологии: В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34	
7 марта 2006 года, вторник в 16.00 1. Д. м. н. Е.Е. МИХАЙЛОВ 2. К. м. н. Н.В. ТОРОПЦОВА	1. Потребление кальция, содержание витамина D у подростков во время формирования костной массы. 2. Общие принципы профилактики остеопороза.
4 апреля 2006 года, вторник в 16.00 1. К. м. н. Д.В. АБЕЛЬДЯЕВ, проф. Н.А. ШОСТАК, к. м. н. А.В. АКСЕНОВА, к. м. н. Н.М. БРИКО 2. Проф. Е.Ю. КОМЕЛЯЧИНА	1. Постстрептококковый артрит: нозологическая диагностика и исходы. 2. Диабетическая нейроостеоартропатия.

В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.

Эта патология мало известна врачам, хотя она не так редка. Многие сталкивались с ней, пропускали диагноз и не оказывали соответствующей помощи. А жаль — эта болезнь довольно хорошо лечится, если лечить ее своевременно. Сами мы не неврологи, но приходилось вытаскивать таких больных, принимать совсем нестандартные решения, чтобы спасти их, чем и поделимся.

Итак. Молодая дама, фельдшер, пришла с работы домой, прилегла, почувствовала слабость. Неделю назад закончился грипп, астения после него вполне объяснима. Поспав пару часов, решила сходить в туалет, как-то неуверенно прошла по квартире, списав эту неуверенность на крепкий сон. Прилегла снова, а еще через несколько часов, встав с кровати, упала. Не держали ноги. Испугалась, позвонила подруге, та вызвала «скорую» и с диагнозом «преходящее нарушение мозгового кровообращения» даму госпитализировали. Пока обследовали, думали и гадали, ноги отнялись полностью, появилась слабость в руках, поперхивание при глотании. К концу суток врачи поняли, что дело серьезно, поставили, наконец, диагноз, а через три дня от начала болезни начали плазмаферез.

Время было упущено, прогрессирование болезни остановлено, но обратное развитие было долгим и неполным: и через месяц еще оставались трудности с ходьбой, слабость и неуверенность в руках, хотя прием пищи был свободен.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

СИНДРОМ ГИЛЬЕН-БАРРЕ

Примерно через год случайно услышал разговор моего брата по телефону: он описывал непонятную болезнь сына своего шефа, которого увезли в инфекционную больницу. Диагноз в голове созрел сразу, еще через несколько часов, несмотря на то, что был пятничный вечер, молодого человека удалось перевести из «инфекции» в клинику, где ему сделали плазмаферез. Болезнь отступила. Таких больных за 25 лет практики пришлось видеть около десяти. Среди них и молодой спортсмен, которому диагноз не был поставлен, и он провел два десятка лет в кровати, пока была жива ухаживающая за ним мать. Не стало матери, вскоре не стало и этого инвалида.

Первый и главный признак болезни — очень быстрое — за часы — развитие симптоматики. Обычно незадолго до этого была простуда или грипп. На глазах человеком овладевает полиневрит — слабеют и отнимаются ноги, затем руки, потом нарушается глотание. Если срочно не помочь — человек может превратиться в растение. Время на установку диагноза — десятки минут, на начало лечения — часы. Лечение эффективное одно — плазмаферез. Эта та ситуация, про которую Козьма Прутков сказал, что «лучше переболеть» — навредить плазмаферез не может никому, а польза — если больной окажется с восходящим полирадикулоневритом — огромная.

Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н.,
член-корр. РАН, академик РАМН,
д.м.н., профессор
- Сандриков В.А.,
член-корр. РАМН, 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»

Антиреклама

Одна из проблем современного общества — инфекционные болезни. С середины 20-го века казалось, что с ними покончено навсегда — появились антибиотики, антисептики и программы санитарной защиты. И инфекции отступили. Появление множественной лекарственной устойчивости, вспышки атипичных инфекций — все это относилось к казуистике и не вызывало большой тревоги.

Лекарственный био-терроризм

Но вот на горизонте замаячили вирусные инфекции. Сначала — почти безобидные гепатиты. Ну что такого, что у 10, а в некоторых регионах до 30 % населения имеет в крови вирусы, и несколько дней в жизни проходило желтым. Рак печени? — так его мало и он от другого гепатита, не А, а В или С, которые переливаются вместе с кровью. Или вносятся маникюрным набором, бритвой. Потом заговорили, что по этому пути может распространяться и вирус иммунодефицита человека, а это уже не всем нравится. И понеслось — сокращать гемотрансфузии, «карантинизировать» плазму, отслеживать доноров и вообще кричать по поводу вирусной безопасности крови. Вроде все понятно, тревога есть, методы решения просматриваются. Но. Кроме донорской крови врачи используют лекарства из крови и тканей животных — телят, свиней — и никто не знает, какие инфекции плавают в той крови.

Вас это не касается, дорогие читатели? Вы скотской кровью не лечите? Неправда ваша, лечите, и даже не знаете об этом. Назову препараты: гематоген, актовегин, солкосерил, церебролизин. Знаете? Лечите? Да это из самых применяемых, направо и налево льются они в кровь наших граждан, вмазываются в их кожу, отравляют кишечник. Благо помогали бы — так нет, их эффективность равна нулю, что доказано изучением литературы и отчетов об исследованиях. Если исследования халтурные, то там эффект хороший, если исследования качественные, с группой сравнения, четкими критериями оценки результатов — то там эффекта не найти.

Можно спросить — а есть ли данные о том, что указанные препараты относятся к средствам биотерроризма? Нет, таких данных у автора нет. Значит, будем ждать, пока начнут умирать от непонятных болезней люди. И пока этого не произойдет, делать ничего не будем? Но представьте себе — забили стадо коров, слили с них кровь (или телят, так их еще и жалко). Перемешали в чане несколько тонн, потом что-то там экстрагировали, высуши-

ли, укупорили, по коробкам рассовали. И тут на тебе — коровье бешенство. Случаев заболевания человека нет? — будет, так как то, что не передается через рот, вполне может передаваться через кровь или через кожу. Но ведь никто сырье в такой ситуации проверить уже не сможет, его нет, сырья. Уничтожат препарат? — позвольте выразить сомнения. Значит, риск заражения огромный и врачи подвергают не оправданному ничем риску пациентов зазря.

На нас свалилась и другая беда — увлечение стволовыми клетками. Делают

их тайно, так как методики эти не разрешены, или делают в виде научных экспериментов, предупреждая об этом больного. Но чаще — тайно и незаконно. И первый вопрос — как там с вирусной безопасностью, ведь по сути это кровь. Есть ли защита пациента от вируса? А вот вам и вытяжка из стволовых клеток — стволамин. Их, эти клетки, увидеть и выделить нельзя — это фракция клеток такая обогащенная. Но из нее сделали вытяжку и предлагают втирать ее в кожу. Чтобы омолодиться и отрастить волосы на проплешинах. Такое вот молодильное снадобье. Только вот безопасное ли оно?

Еще один аспект биотерроризма — принудительная наркоманизация населения страны. Самым вопиющим примером является повсеместное распространение барбитуратов в виде «безвинных» корвалола и валокордина. Барбитураты запрещены во всем мире, но посмотрите, какой вой подняли наши журналисты, когда Балтийские страны прекратили ввоз этих препаратов к себе. Нигде в мире не продаются легально корвалола или его аналоги, но из-под полы на Брайтон-Бич можно всегда его купить — везут из России для бывших наших людей. Таково пристрастие. Напомню, что барбитуратсодержащие препараты входят в автомобильные аптечки, аптечки скорой помощи в поездах и самолетах. Можно откусать барбитурата — и за руль автомобиля или штурвал самолета.

А кодеин без рецепта? — такое возможно только у нас, он входит в состав многих противокашлевых таблеток. И рекламируются они в прессе и выдаются кому ни попадя. Но ведь нередко их назначают и рекомендуют врачи, становясь пособниками наркомафии. Коллеги, подумайте обо всем сказанном, откажитесь быть биотеррористами.

Главный редактор П. Воробьев

Сопредседатели секции:

- Ноников В.Е.,
д.м.н., профессор,
- Богомолов Б.П.,
член-корр. РАМН, профессор

Программа заседания:

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

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»

Сопредседатели секции:

- Савенков М.П.,
профессор, кардиолог
- Парфенов В.А.,
профессор, невролог.

Программа заседания:

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
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»

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ



Научно-практический медицинский журнал

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

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

ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

Приглашение

«Знают ли кардиологи тиреотоксикоз?»

16 марта 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Антибиотики и ХОБЛ в терапевтической практике: необходимость или традиции прошлого?»

29 марта 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Ваш коронарный больной прооперирован — что дальше?»

23 марта 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Прочитав в газете Вестник МГНОТ «Общий анализ» от П. Медика «Не летайте самолетами», захотелось напомнить еще об одной опасности. Нет, нет — я не про теракты и катастрофы — на это мы с вами, к сожалению, повлиять не можем. Я про тромбозы. Именно образование тромбов во время полетов (и поездок тоже) убивает людей или делает их инвалидами — так называемый «синдром экономического класса». Люди, летающие на дальние расстояния, из-за долгого неподвижного состояния подвергаются риску образования тромбов, прежде всего в ногах. Впоследствии эти сгустки крови, «путешествующие» по кровеносным сосудам, могут попасть в легкие. Далеко не все догадываются сделать «пробежку» по салону самолета или хотя бы периодически двигать ногами, сидя в кресле. А для особо рослых пассажиров это даже не всегда возможно — расстояние между креслами в эконом-классе невелико. Прибавьте к этому низкое давление в салоне, которое тоже помогает застою крови в венах, и вы поймете, что самолет способствует развитию этой болезни гораздо активнее, чем другие транспортные средства.

Например, 5 лет назад, прямо в аэропорту «Хитроу» от «синдрома экономкласса» скончалась Эмма Кристофферсен, 28-летняя спортивная девушка, только что прилетевшая из Австралии. За 20 часов полета, проведенных в кресле самолета, у нее образовались тромбы и случилась тромбоэмболия.

Об этой медицинской проблеме раньше предпочитали молчать, однако последние лет 15 весь мир активно обсуждает ее. Французские ученые, изучив данные за последние 7 лет о пассажирах, прибывающих в парижский аэропорт Шарля де Голля, пришли к выводу, что риск тромбоэмболии напрямую связан с длиной перелета: при перелете менее чем на 5000 км был отмечен 1 случай эмболии на 98 миллионов пассажиров, при дистанции более 5000 км, было зарегистрировано уже 1,5 случая на 1 миллион человек, а свыше 10 000 км — 4,8 случая на то же количество пассажиров. Кстати, впоследствии выяснилось, что все пострадавшие во время полета практически не двигались.

Как ни странно, согласно статистике, для людей с хроническими болезнями сердечно-сосудистой системы авиаперелеты не представляют большой опасности. Специалисты Йельского университета рекомендуют воздерживаться от путешествий лишь сразу после сердечного приступа или хирургических операций: ангиопластики, шунтирования или стентирования. Все данные свидетельствуют, что при стабильном течении коронарной патологии перелеты безопасны, хотя долгое время считалось, что это не так. Естественно, отправляться в полет нужно в компенсированном состоянии, какой бы болезнью больной не страдал, и в поездке иметь под рукой все необходимые лекарства и вовремя их принимать.

НЕ ЛЕТАЙТЕ САМОЛЕТАМИ 2



Для того, чтобы избежать «синдрома экономического класса», рекомендуются ходить по салону, сидя растягивать и напрягать мышцы и как можно чаще менять положение тела. Важно много пить, так как в самолете низкая влажность, много потоков воздуха и пассажир теряет очень много влаги, при этом кровь сгущается и создаются условия для тромбоза. Норма питья — 100—200 мл в час. Алкоголь в небольших дозах снижает риск тромбоза за счет антиагрегантного действия. На всех рейсах, выполняющих длительные перелеты, производится инструктаж пассажиров о способах противотромботической гимнастики, однако большая часть наших пассажиров пренебрегает этими советами, считая их несущественными.

На время полета можно накладывать на голени эластичные бинты или одевать специальные носки (гольфы, чулки) с компрессионным эффектом — они продаются в аптеках и подбираются индивидуально по размерам. Это рекомендуется всем людям, планирующим длительный перелет и абсолютно необходимым людям с варикозной болезнью нижних конечностей, им же рекомендуют прием аспирина перед полетом. Исследований, подтверждающих эффективность антитромботического действия аспирина во время полетов у здоровых людей, нет. Возможен прием противоотечных препаратов, например, диосмина, хотя их эффективность в этих случаях также не подтверждена исследованиями.

Все эти рекомендации относятся и к людям, совершающим путешествия и другими видами транспорта, когда предстоит длительная неподвижность. Не рекомендуется проводить за рулем более двух часов подряд и раз в четверть часа для профилактики нужно обязательно разминать ноги.

Британская компания Qinetiq разработала авиационные сиденья, оснащенные сенсорами, собирающими информацию о поведении пассажиров и передающими ее на центральный компьютер. «Умные» кресла стали информировать экипаж самолетов о присутствии на борту нервных пассажиров, потенциальных террористов или людей, слишком долго сидящих на одном месте и рискующих заработать тромбы. Разработчики кресел установили на борту (в месте, доступном только экипажу) специальный дисплей, своевременно предупреждающий, если поведение одного или нескольких пассажиров отклоняется от нормы. После этого члены экипажа могут оценить обстановку и понять, есть ли необходимость вмешательства. Разработка чувствительных сидений — только часть более крупного проекта, нацеленного на повышение комфортабельности и безопасности бортового пространства.

Так что счастливого вам пути, но не «отключайте» мышление и во время поездок.

А. Власова

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

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

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. Годин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, 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 геронтологии

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.