



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Январь 2005

№ 3

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

По льготам — звонкой монетой

Когда номер Вестника Московского городского научно-общества терапевтов увидит свет, «проект века» — монетизация льгот — станет из проекта реальностью. Какова будет эта реальность — зависит от многих факторов, не последнюю роль играет осведомленность врачей первичного звена и пациентов о том, что и как будет происходить. Обычно именно на это — осведомление, — не хватает у реформаторов ни времени, ни сил. Попробуем хоть немного разобраться в происходящем с профессиональной точки зрения, может быть, удастся смягчить последствия реформы, избежать, возможно, кратковременного паралича в лекарственном снабжении. Любая реформа болезненна, а тем более — структурная, а тем более, связанная с социально незащищенными группами населения.

Вероятно, нет нужды подробно обсуждать группы населения, которые оказываются вовлеченными в реформу. Достаточно сказать, что даже при предварительном их подсчете оказалось таких людей не менее 14 миллионов человек. Может быть больше? — скорее меньше. Законодательство, Постановления Правительства страны, лоббирование различных группировок (не только ветеранских и профсоюзных движений, но и отдельных партий), популистские решения привели к хаосу: один и тот же человек может иметь и два и три основания быть льготником. Например, участник Великой Отечественной войны, герой, инвалид первой группы учтен неоднократно по каждой из льготных категорий. Следовательно, при оценке, он повторно вносится как статистическая учетная единица.

Сколько льготников установить можно, только создав базу данных с персонализированным учетом — т. е. учитывается имя-отчество-фамилия, а не группа инвалидности и участие в ликвидации катастрофы на Чернобыльской АЭС. До последнего времени статистический учет был обезличен, учитывалась и обрабатывалась лишь категория льгот. Поэтому и сказать, сколько же льготников в стране оказалось невозможно. Цифра 14 миллионов чудовищна — это 10% всего населения страны!

Не все пользуются льготами. Оценки показывают, что менее трети льготников используют свои права. Похоже, что наведение строгости на протяжении последних лет вынудило многих не ходить по длинной дорожке участковый врач—аптека, а самостоятельно решать свои проблемы. Агрессивная реклама биологически активных добавок (БАД), помощь верных соседей (ОБС — одна бабка сказала) приводят к формированию отрицательного отношения к лекарствам и переходу на «альтернативные» средства, не дотируемые государством. Здоровья такой подход не добавляет, но ментальность населения — трудно регулируемая сфера.

В чем льготы? — вот важнейший вопрос. Стационарное лечение и посещение поликлиник оплачивается всем за счет страховых компаний. А вот лекарства, выписываемые амбулаторно, страховыми компаниями не оплачиваются. То, что и в больницах пациенты вынуждены покупать лекарства всем известно, известно так же, что это нарушение, так как обеспечение лекарствами — святая обязанность главных врачей. Амбулаторно денежное покрытие лекарств предусмотрено только льготным категориям граждан, причем дотации эти идут из бюджета минуя страховые компании.

Обычно чиновники закупают лекарства у производителей, а дальше распределяют их через аптечную сеть или через сеть специальных киосков. При этом никто не знает, по каким реально ценам произошла закупка лекарств (эту информацию нельзя проверить даже по платежным документам, так запутывается схема), какая «скидка» оказалась в кармане «покупателя». «Рыночная конкурентная борьба» сводится к размеру и способу передачи, возврата скидки, оговоренной устно сторонами. Очевидно, что в таких условиях никогда не пойдет речь о снижении цен — наоборот

выгодно покупать самый дорогой товар. Чиновнику такая схема выгодна, врачу — в целом безразлична, а вот больной, в конечном счете, получает меньше лекарств — денег на них просто нет, их «разобрали» по дороге.

Собственно эти две позиции и предопределили необходимость «монетизации» льгот: льготы должны иметь четкое денежное выражение и быть привязаны к определенному лицу. Не только учетно-статистически, но и денежно. Это и есть важнейший элемент реформы: деньги в систему поступают не для закупки лекарств, а для оплаты выданного конкретному больному конкретного препарата.

Как реализовать такую схему? Да элементарно: врач поликлиники выписал льготный рецепт, больной пришел к



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

лечит услуги аптеки и передал счет и рецепт для оплаты в страховую компанию, — держателя денег. Страховая компания оплачивает счет, в который включена стоимость лекарства, стоимость услуг дистрибьютора и аптеки. Страховая компания проверяет правильность выписки рецепта, так как у нее находится и база данных льготников и рецепты. Круг замкнулся: врача, выписавшего рецепт, контролирует организация, этот рецепт оплатившая. И имеющая рычаги влияния на врача (или медицинское учреждение, в котором врач работает) в виде штрафов.

Какие изъятия в системе. Первое — цены. Их необходимо твердо установить на срок не менее 1-го года, а возможно — и на более длительный срок. Цены должны быть одинаковыми для различных производителей, они должны быть фиксированы для всех лекарственных форм и видов упаковок, применяемых амбулаторно. Чиновник только фиксирует цену, процесс этот должен быть прозрачным, открытым (оптимально, если он будет решаться комиссионно), тогда вопросов у общества по поводу цен будет меньше. В конечном счете, дело дистрибьютера договариваться о скидках — это уже проблема рыночная, а не коррупционная.

Вторая проблема — стоимость услуг дистрибьютера и аптеки. Она устанавливается без труда в виде коэффициентов наценки. Собственно, такая система давно закреплена законодательно, но она никогда не работала, так как волновала исключительно налоговые органы. В настоящее время наценки имеют прямое отношение к платежам страховых компаний, и они, волей-неволей, будут правильность этих наценок отслеживать.

Конечно, дистрибьютеры будут нести определенные риски, закупая лекарственные средства: они не получат денег вперед, не ясно, «выкупит» ли все препараты у них страховая компания в рамках реализации этой реформы. Но, одновременно, они смогут реализовывать часть товара по «коммерческой» стоимости. Оставим вопрос о том, плохо это или хорошо, но такой подход не позволит системе упасть, создаст подпорку для системы. А это важно.

Третья проблема — организационная, как будут взаимодействовать все звенья длинной разомкнутой цепи. Не получится ли так, как сказал классик русской словесности В. С. Черномырдин «Хотели — как лучше, а вышло — как всегда». Здесь конечно вопрос большой, так как всякое дело можно легко испортить исполнением «спустя рукава».

Важным элементом системы станет звено врач-пациент. Поможет в работе перечень, который должен быть у каждого врача первичного звена, выписывающего рецепты на дотируемые государством лекарства. Дополнительную помощь окажут стандарты, разработанные под основные важнейшие заболевания, с которыми будут обращаться граждане, имеющие право на дотации. Но все равно, — решение за врачом. И если необходимого препарата нет в перечне и стандартах, комиссионно принимаются решения о необходимости назначения уникальных препаратов. Больной с этим рецептом идет в аптеку и ждет (время ожидания может быть несколько дней), пока ему этот препарат доставят. Среди препаратов, назначаемых комиссией, не может быть средств, без которых пациент не может жить — жизненно необходимых лекарств.

Главный редактор П. Воробьев

ИнтерНьюс

В течение 30 лет врачи назначают кортикостероидные гормоны при травмах головы, поскольку так было принято.

Последние исследования дают основания считать, что их применение в данной ситуации не только неэффективно, но и, возможно, вредно. Если это окажется правдой, то даже трудно предположить, как сильно может пошатнуться авторитет тех специалистов, которые упорно назначали кортикостероиды пациентам с травмами головы.

В развитых странах травмы головы, вследствие автокатастроф, драк и падений являются лидирующей причиной смерти и инвалидности у детей и взрослых. Во всем мире по частоте смертности среди лиц до 40 лет они уступают только СПИДу. Однако 3 млн. человек ежегодно погибает от травм головы. Кортикостероиды при травмах головы применяли десятилетиями, потому что считали, что противоспалительный эффект поможет уменьшить отек и набухание мозга вследствие травмы. Однако достоверных доказательств их эффективности не было. В середине 90-х появились данные о неэффективности кортикостероидов, и многие врачи отказались от этих препаратов.

Специалисты из University of Witten-Herdecke, Germany, отмечают, что в ожидании результатов проводимых ими исследований врачи разделились на тех, кто предполагал отсутствие эффективности кортикостероидов и тех, кто ждал от них хотя бы небольшого положительного действия.

В ходе первой части исследования 1008 взрослым пациентам в течение 48 часов после травмы головы вводили кортикостероиды или плацебо. Через 2 недели 21% пациентов, которым вводили кортикостероиды погибли, тогда как в группе плацебо этот показатель оказался на уровне 18%. Полученные результаты не зависели ни от сроков начала лечения, ни от тяжести травмы. Таким образом, введение кортикостероидов в остром периоде травмы головы оказалось не только бесполезно, но и вредно и стало причиной смертей. Цифры в мировых масштабах ужасающие.

Но ученые на этом не остановили свое исследование. Вторым его этапом является изучение эффектов различных доз кортикостероидов и отдаленных результатов их применения на степень инвалидизации вследствие травмы.

Если в течение годичного наблюдения окажется, что кортикостероиды снижают смертность и улучшают состояние нервной системы, тогда врачам придется пересмотреть свое отношение к препаратам. Однако шансов на это «чудо» мало, и опасность гибели сразу после травмы от применения стероидов, значительно перевешивает сомнительную отдаленную эффективность. «Скорей всего это исследование послужит надгробной плитой, которая похоронит идею применения кортикостероидов в этой области навсегда».

Более того, многие ныне применяемые методики лечения травм имеют тоже весьма сомнительную эффективность гипервентиляции легких, барбитуратов и снижение содержания жидкости в организме, широко применяемые ныне в лечении травм.

Источник:
The Associated Press,
October, 8, 2004

О работе научно-практической конференции «Преподавание актуальных вопросов геронтологии при подготовке специалистов для системы медицинской и социальной помощи людям старшего возраста в Украине» (Киев, 2004 г.)

На конференции обсуждались вопросы преподавания и содержания образовательных программ по гериатрии, клинические аспекты заболеваний в пожилом возрасте, существующие модели гериатрической службы, особенности медико-социальной помощи пожилым, волонтерская работа.

Среди организаторов: АМН Украины, МЗ Украины, Министерство труда и социальной политики Украины, Институт геронтологии АМН Украины, кафедра терапии и гериатрии Киевской медицинской академии последипломного образования им. П. Л. Шупика, Международный благотворительный фонд «Каритас Украины». Программа конференции включала выступления организаторов здравоохранения, преподавателей медицинских и социальных ВУЗов, врачей, социальных работников.

По вопросам подготовки специалистов для гериатрической службы выступали заведующий кафедрой геронтологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова, профессор П.А. Воробьев (Москва), заведующий кафедрой геронтологии и гериатрии МАПО, профессор А.Л. Арьев (Санкт-Петербург), заведующий кафедрой терапии и гериатрии Киевского МАПО, профессор Л.А. Стаднюк.

Выступающие отметили, что помимо медицинских знаний, гериатр должен владеть менеджментом, основами деловой этики, методологией оценки результатов деятельности, основами страховой деятельности, законодательства, связанного со здравоохранением, общей психологии, основами клинико-экономического анализа. Последние пункты особенно актуальны, учитывая, что больные пожилого и старческого возраста как

включающей в себя нейродегенеративные заболевания (болезни Альцгеймера, Паркинсона и др.), которые ограничивают их самостоятельность в повседневной жизни и создают постоянную зависимость от окружающих. Стандартное медицинское обслуживание не в состоянии обеспечить квалифицированное лечение таких больных, удовлетворить жизненно-важные потребности пожилых людей, их интеграцию в обществе, избежать изнурительного напряжения в семейной жизни их родных и близких.

Геронтологическая служба Франции представляет собой объединение государственных медицинских и социальных структур (министерство здравоохранения и социального обеспечения), хорошо развитых некоммерческих медико-социаль-



Дует: Г. Некрич и М. Коуэн

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА



Всем ясно?

Г. Некрич, В. Безруков, Л. Стаднюк

ных ассоциаций, а также частных предприятий. Создана многопрофильная сеть амбулаторных и стационарных геронтологических центров для лечения и профилактики хронической патологии, сохранения и восстановления редуцированной автономии. Такие центры, обладая полифункциональным персоналом (врачи, психологи, социальные работники, реабилитологи, эрготерапевты и специалисты арт-терапии), позволяют проводить более эффективное лечение с профилактическим направлением, а также максимально и всесторонне адаптировать пожилых людей с признаками инвалидности к окружающей среде. Наличие таких центров позволяет полностью или частично сохранить нормальную жизнь членом семьи пожилого больного с хронической патологией.

Врач-геронтолог выступает в роли координатора, отвечающего за качество медицинского обеспечения пожилых пациентов. Врач-гериатр создает терапевтический проект учреждения, участвует в подборе узких специалистов лечебной группы, осуществляет связь с постоянными лечащими пациента семейными врачами, с врачами-специалистами лечебных учреждений в случае госпитализации, с социальными работниками и представителями государственного и дополнительного страхования.

Врач-координатор участвует в первичной консультации при поступлении пациента в учреждение, создает, координирует и контролирует индивидуальный терапевтический проект, являясь гарантом адаптации пациента в «необходимом месте, в необходимый момент». Он постоянно контролирует адекватность лечения, назначенного семейным врачом, сигнализируя, в случае необходимости, о динамике состояния пациента и необходимости терапевтической коррекции.

Врач-координатор поддерживает постоянную связь с семьей и работниками по уходу на дому: систематически проводит информационные групповые и индивидуальные занятия (необходимые сведения о болезни); в его работу также входит коррекция поведения окружающих соответственно патологии, вызывающей кризис, адаптация жилья для безопасности и комфорта

пациента, психологическая поддержка членов семьи и профессионального окружения.

С опытом работы медико-социального обслуживания пожилых в рамках реализации программы «Домашняя опека» поделились представители Международного благотворительного фонда «Каритас Украины» (Д.Р. Чайковская, г. Львов, О.З. Юрчишин, Киев). Проект «Домашняя опека» реализуется в Украине с 1999 года, ориентирован на одиноких пожилых и старых людей, инвалидов, нуждающихся в посторонней помощи. К нуждающемуся в постороннем уходе прикрепляется сотрудник отделения, который осуществляет наблюдение за пациентом, в случае необходимости привлекает медицинских работников, оказывает социальную помощь, осуществляя таким образом непрерывную опеку над пациентом. В настоящий момент развернута деятельность 13 центров, финансируемых организацией «Каритас» Германии, Франции, Бельгии.

Развитие ветеранского движения в современных условиях определило повышение общественно-политической активности населения пенсионного возраста. Одним из проявлений этой активности явилось волонтерское движение, основными задачами которого являются расширение круга социально-активных пенсионеров, особенно из числа ветеранов труда, и увеличение числа лиц, получающих необходимую добровольческую поддержку и помощь. Возглавляет эту работу Совет организаций ветеранов Украины.



Трио: М. Коуэн, Г. Некрич, П. Воробьев

Формы деятельности волонтеров чрезвычайно разнообразны. Работа по формуле «1 на 1» имеет наиболее важное значение для одиноких, больных пожилых людей. Часть волонтеров занята оказанием коммунально-бытовых услуг, ремонтом бытовых приборов, репетиторством и др. Получили развитие такие массовые формы волонтерства как клубы, школы здорового образа жизни, кружки по интересам и т. д.

Важным разделом в работе волонтерских организаций является обучение пенсионеров особенностям этой деятельности. Разработаны и внедрены специальные программы подготовки волонтерского движения на всех уровнях.

Таким образом, состоявшаяся в Киеве конференция еще раз подтвердила, что у гериатрии есть будущее. И, по-видимому, оно связано с развитием сети некоммерческих общественных организаций. Докладом к тому — заинтересованность и активное участие в работе конференции общественных организаций, в том числе Международного благотворительного фонда «Каритас Украины», Совета организаций ветеранов Украины, Общества Красного Креста, Межрегиональной общественной организации «Научное медицинское общество геронтологов и гериатров» (Россия), Регионального общественного фонда помощи престарелым «Доброе дело» (Москва).

Н. Некрасова



Заинтересованные.
На переднем плане А.Л. Арьев

правило малообеспечены. Принятие клинических и управленческих решений гериатром должно основываться на научном подходе и не вызывающих сомнения фактах. Единое мнение — существующие программы необходимо совершенствовать, расширять, предусматривать возможность гериатрической подготовки узких специалистов (гериатра-нефролога, уролога и т. д.).

На конференции были представлены различные модели гериатрической службы. Особый интерес слушателей вызвали доклады об особенностях геронтологической сети в системе здравоохранения Франции (М. Коуэн, Г. Некрич, медико-социальный центр, Париж). Система здравоохранения Франции базируется на полном государственном обеспечении пациентов необходимым лечением. Однако в связи с постарением населения увеличивается популяция пожилых пациентов с хронической прогрессирующей полипатологией,



Неформальное общение
С. Арьева, Н. Некрасова, В. Буланова, А. Арьев

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
ОТ 28.01.2004 Г.**

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

Повестка дня:

1. Академик РАМН Насонова В.А., к. м. н. Барскова В.Г., (ГУ Институт ревматологии РАМН). **Ранняя диагностика и лечение подагры;**

2. Академик РАМН Мухин Н.А., к. м. н. Балкаров И.М., проф. Бритов А.Н., к. м. н. Елисеева Н.А., к. м. н. Донсков А.С., проф. Козловская Л.В., к. м. н. Лебедева М.В., к. м. н. Шербак А.В., Соловьева О.А. (Клиника им. Е.М. Тареева, ВНИЦ ПМ МЗ РФ, объединенный санаторий «Подмосковье» Медицинского центра управления делами Президента РФ). **Нарушенный обмен мочевой кислоты — фактор риска и причина висцеральной патологии.**

Подагра — клинический синдром, характеризующийся воспалением в зоне отложения кристаллов моноурата натрия у людей с гиперурикемией. Несмотря на яркость клинической симптоматики периодически возникающего острого, самоограничивающегося в начале болезни артрита, диагноз подагры по нашим наблюдениям ставится через 10 лет. Характерной чертой острого подагрического артрита является максимальное воспаление суставов — в первый день обычно в виде моноартрита первого плюснефалангового сустава, реже — базальных суставов или голеностопного. Боль в суставе чрезвычайно резкая, сопровождается гиперемией кожных покровов, ознобом и повышением температуры.

В последние годы для диагностики подагры предложены критерии Vallas (1997), в соответствии с которыми подагра рассматривается как классическая тофусная болезнь. В течении подагры выделяют 3 периода:

- 1) атака острого артрита;
- 2) межприступный период;

3) хроническая тофусная подагра;

Для лечения 1 и 2 периодов рекомендуются нестероидные противовоспалительные препараты. По нашим данным наиболее эффективным и безопасным препаратом является нимесил (по 100 мг 2 раза в день) до исчезновения признаков артрита. Назначение аллопуринола в эти периоды, как правило, сопровождается обострением артрита, поэтому аллопуринол следует назначать в межприступный период. При этом целесообразно начинать с минимальной дозы, контролируя уровень мочевой кислоты. При достижении лечебного эффекта дозировка аллопуринола может снижаться также под контролем уровня мочевой кислоты до дозы, поддерживающей нормальный ее уровень. Эта индивидуальная дозировка аллопуринола должна приниматься пожизненно.

Также в докладе рассказано о часто сопутствующих подагре заболеваниях: артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и метаболическом синдроме.

Во втором докладе были представлены результаты многолетнего изучения гиперурикозурии и гиперурикемии как фактора риска и причины поражения различных внутренних органов — прежде всего почек и развития артериальной гипертонии. Обращено внимание на важность проблемы и подходы к выявлению лиц со склонностью к нарушению обмена мочевой кислоты (семейный анамнез, ожирение, употребление алкоголя и т. д.).

Вопросы В. А. Насоновой:

Проф. Р. М. Заславская: «Ваше отношение к колхицину?»

Ответ: «Положительное, но его сейчас нет. В мировой практике одни врачи предпочитают применять колхицин для лечения острого приступа подагры, другие — нестероидные противовоспалительные препараты»;

«Какова длительность приема аллопуринола в межприступный период?»

Ответ: «Пожизненно. Важно подобрать дозу, которая поддерживает нормальный уровень мочевой кислоты в крови»;

Проф. Е. А. Лукина: «Какими препаратами вы снижаете уровень мочевой кислоты у больных подагрой и хроническим вирусным гепатитом?»

Ответ: «Аллопуринол под контролем печеночных ферментов, редко урикозуриками»;

Вопрос Л. В. Козловской: «Изучали ли вы свертывающую систему у больных с гиперурикемией?»

Ответ: «Коагулограмма вариабельна, но отмечено, что у больных по мере нарастания нарушений обмена мочевой кислоты и формирования интерстициального фиброза

почек нарушаются процессы протеолиза (особенно локально в почке) — синтез PAI 1 повышен, а урокиназы снижен.

Обсуждение:

Академик РАМН В. А. Насонова: «Еще раз хочу отметить важность ранней диагностики нарушений обмена мочевой кислоты. Ежегодно в клинике мы сталкиваемся с 100—150 пациентами, которым диагноз подагры ставится на 7—10-м году болезни, когда багаж метаболических нарушений огромен. Я думаю, надо подготовить лекции и опубликовать их журнале «Врач». Кроме того, мы обратили внимание, что больные подагрой очень трудны в психологическом плане, у них зачастую большая зависимость от алкоголя, огромные погрешности в диете (обжорство). Таких больных крайне трудно убедить не только изменить образ жизни, но и постоянно принимать аллопуринол. С ними надо работать».

Академик РАН и РАМН А. И. Воробьев: «Сегодня поднята важная тема. Мы живем в век молекулярного понимания болезней. Это ведь молекулярная болезнь. 10 выдающихся личностей страдают подагрой. Молекула мочевой кислоты очень близка к молекуле кофеина. Эти люди необыкновенно работоспособны, сильная память. Эти данные неоднократно проверены и опубликованы. Она отражает гетерогенность человеческого рода. Николай Алексеевич продемонстрировал нам пациента, у которого болезнь началась с 20 лет. Но в целом, подагра — болезнь людей за 50 лет раньше. В условиях естественного отбора люди до 50 лет не жили. Наличие в популяции людей энергичных, хорошо помнящих, глубоко думающих, быстро реагирующих, спасало популяцию. Была и другая популяция людей, отличавшаяся глубочайшим педантизмом, точностью реакций. При травме они легко «улетали» в эпилепсию. Совершенно не случайно объединение с диабетом, потому что это один и тот же вид повышенной способности. На фоне гипергликемии они дают повышенную работоспособность, точно так же как и при некоторой гиперхолестеринемии. Когда мы стали применять антихолестериновые препараты, то столкнулись в

некоторых случаях с очевидным поглуплением пациента, потом все восстанавливалось. Человек выдержал битву и стал царем природы именно потому, что популяция была гетерогенной».

Е.М. Тареев и подагра очень тесно связаны. Я знаю это по личному неопубликованному опыту. Он говорил (о пациенте): «Это же ужасно, у него крошатся суставы, из тофусов высыпаются кристаллы, а ему ставят ревматоидный артрит». При всей любви к моим учителям, ни от кого такой поэтики по отношению к подагре я не слышал.

Неверно говорить только о подагре. У этих больных куча наследной, зачастую диабетическая ангиопатия, большая гипертензия, тяжелейший гломерулонефрит. Сам по себе гломерулонефрит — база для ДВС-синдрома.

Подагру знают давно. Это — социальная болезнь, которая наказывает человека за его неумеренность и неаккуратность. В прошлом человек не мог быть мясоедом и получать избыток продуктов, приводящих к мочекислоту диатезу. Избытка сахаров также не могло быть, равно как в природе не существует жирных. С этим надо бороться. Полностью согласен с предложением В.А. Насоновой о том, что надо выходить из врачебной аудитории к пациентам и делать это на высоком научном уровне. Хочу поблагодарить и докладчиков и аудиторию за внимание! Сегодня аудитория напомнила мне времена, когда врачи ходили на заседания общества. Спасибо.»

Секционные заседания:

6 января в НИИ ревматологии РАМН состоялось заседание ревматологической секции. Проф. Ю.В. Муравьев. Неблагоприятные реакции лекарственных препаратов. Вопросы регистрации, стандартизации и профилактики.

15 января в МКБ № 60 состоялось заседание секции клинической геронтологии и гериатрии. К. м. н. Г.В. Лилица, М.А. Калинина. Оценка сравнительной эффективности плазмафереза и традиционной терапии у пожилых больных постинфарктным кардиосклерозом и сердечной недостаточностью;

15 января в клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева состоялось заседание секции нефрологии и иммунопатологии.

1. Д. м. н. Д.Т. Абдурахманов, д. м. н. З.Г. Апросина, д. м. н. П.Е. Крель, М.М. Ибрагимов. Хроническая инфекция вируса гепатита В: особенности современного течения, внепеченочные проявления.
2. С.В. Тэгай. Клиническая демонстрация: Поражение почек, ассоциированное с инфекцией вируса гепатита В;

(Продолжение на стр. 4)

ИнтерНьюс

В последние годы ботулотоксин начал применяться при широком спектре заболеваний, включая патологию мышц глаза и гиперактивный мочевой пузырь. Ботулотоксин является миорелаксантом местного действия, блокирующим нервно-мышечную проводимость. Имеются убедительные данные об его эффективности при лечении мигренозных головных болей. В косметологии его инъекции успешно применяются для борьбы с морщинами.

В России ботулотоксин входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, так как позволяет устранять спастичность пораженных мышц и последующее развитие контрактур после инсульта и ДЦП. Для этой цели достаточно 1 инъекции 1 раз в полгода. Имеются все основания ожидать, что Федеральная Администрация США по контролю за медикаментами и пищевыми продуктами вскоре одобрит его применение для лечения патологической потливости: токсин должен применяться в тех случаях, если не помогают обычные антиперспиранты. Пациенты с патологической потливостью гипергидрозом продуцируют количество пота более чем в четыре раза превосходящее нормальное, что приводит к дискомфорту и нарушениям социальной адаптации. В тяжелых случаях гипергидроз вызывает проблемы с трудоустройством. В таких случаях инъекция ботулотоксина подмышку — радикальное решение проблем, так как вызывает блокаду нервной стимуляции потовых желез. Побочные явления при применении ботулотоксина наблюдаются у 3—10% больных) заключаются в появлении геморрагий в месте инъекций, гриппоподобных симптомов, головной боли, лихорадки, зуда и беспокойства. Ботулотоксин может избавить от потливости не только подмышками, но и излечить от влажных ладоней (правда такие инъекции очень болезненны). Повторные инъекции рекомендуются через 3—6 месяцев. Противопоказаны эти инъекции при гиперфункции щитовидной железы, а так же при тощем кошелье (курс лечения стоит несколько сотен долларов США).

Собственная информация

Согласно новому мета-анализу, опубликованному в Archives of Internal Medicine, антибиотики не предотвращают развитие вторичных сердечно-сосудистых событий у пациентов с ИБС.

Так, макролиды, действующие на Chl. Pneumoniae, не снижали частоту повторных событий или риск смерти за время наблюдения от 3 месяцев до 3 лет. Тем не менее, ученые из Медицинского Университета Южной Каролины (Чарльстон) советуют не спешить с выводом о неэффективности антибиотиков в профилактике ИБС. Возможно, новые классы антимикробных препаратов будут эффективными. Идея об инфекционной этиологии ИБС обсуждается в течение последних 100 лет. Одно из оснований для этой гипотезы — обнаружение в атеросклеротических бляшках Chl. Pneumoniae, а в сыворотке больных с инфарктом миокарда — повышенных титров соответствующих антител. Тем не менее, результаты многочисленных исследований достаточно противоречивы. Д-р Wells и его коллеги включили в мета-анализ результаты 9 опубликованных крупных исследований, в общей сложности охвативших 11015 человек. Четыре исследования продемонстрировали положительный эффект антибиотикотерапии, пять — отсутствие подобного эффекта. Антибиотики не предотвращали развитие вторичных сердечно-сосудистых событий и летальный исход у больных с уже имеющейся ИБС. Не исключено, что используемые дозы антибиотиков не обеспечивали достаточной высокой концентрации, при которой возможна была бы эрадикация хронической инфекции. Так или иначе, новые исследования в этой области продолжатся. В ближайшие два года станут известными результаты исследований MARBLE, ACES, CLARICOR, PROVE-IT, CROAATs.

Источник:
Arch Intern Med 2004;164:2156-61.

ИнтерНьюс

Вообразите, что Вы лежите на кровати истощенный и измученный неприятными ощущениями в Ваших ногах, которые только слегка уменьшаются при перемене позы.

Больные описывают странные ощущения напоминающие ползание муравьев по их венам. При более тяжелых формах болезни эти ощущения могут отмечаться не только ночью, но и в любое время — при просмотре кинофильма, деловых встречах в самолете и в других случаях. Причиной этих неприятных ощущений является синдром беспокойных ног (restless leg syndrome — RLS).

Еще пятнадцать лет назад синдром RLS не диагностировался, а относился к проявлениям полинейропатии. Даже сегодня в 75 процентов случаев правильный диагноз не устанавливается. В то же время, только счастливицы, которым вовремя установлен правильный диагноз могут надеяться на получение эффективного лечения. Все больше и больше исследований свидетельствуют о том, что в основе этого страдания лежит недостаток железа — минерала, который осуществляет перенос кислорода к клеткам. Препараты железа давно используются для лечения синдрома беспокойных ног, но выяснение точного механизма действия железа при этой патологии позволит разработать более эффективные методы лечения широких контингентов населения.

Почему железо?

Известно, что при любом железодефицитном состоянии (например анемия беременных) резко возрастает риск синдрома RLS. Установлено, что RLS страдают 40 процентов больных анемией, а среди беременных женщин частота RLS составляет от 20 до 40%.

Тем не менее у некоторых пациентов с «беспокойными ногами» может наблюдаться нормальное содержание железа. Проблема оказалась в том, что мозг этих пациентов плохо усваивает железо. При этом состояние дефицита железа наблюдается не во всей мозговой ткани, а в определенном участке мозга, который называется substantia nigra. В этих отделах мозга наблюдается врожденный дефицит рецепторов связывающих белок трансферрин, который переносит железо к клеткам и из клеток.

В настоящее время доктора исследуют содержание железа у пациентов с RLS. Хотя более эффективный путь оценить уровень обеспеченности железом — определить содержание ферритина в крови. Ферритин это белок, который используется для накопления железа. Уровень ферритина тесно связан с выраженностью симптомов RLS. Пациентам с низким уровнем ферритина становится лучше после назначения 325 мг сульфата железа ежедневно в сочетании с аскорбиновой кислотой, которая улучшает усвоение железа. Пациентам могут помочь продукты богатые железом и овощи с зеленой листвой.

Перед тем, как начать применять указанное лечение следует обязательно подтвердить дефицит железа, так как избыток железа может приводить к многим нежелательным для здоровья последствиям — гемосидерозу с развитием недостаточности внутренних органов. Среди других методов лечения следует отметить эффективность агонистов дофамина. Некоторым больным помогают и теплые ванны, антигистаминные средства, плазмаферез, компьютерные игры и рисование перед сном.

Собственная информация

(Начало на стр. 3)

3. Проф. Л.В. Козловская, д. м. н. Т.М. Игнатова, к. м. н. Н.Б. Гордовская. Современные подходы к лечению поражения почек у больных хронической инфекцией вируса гепатита В.

20 января в аудитории 1 РМАПО состоялось заседание секции электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. К. м. н. Л.Н. Лютикова, д. м. н. Г.В. Рябыкина. Особенности холтеровского мониторирования ЭКГ и велоэргометрических проб у больных с кардиальным синдромом Х.

22 и 23 января — в ГНЦ РАМН состоялась зимняя конференция школы гематологов «Лейкозы и лимфомы».

27 января в НИИ скорой помощи им Н.В. Склифосовского состоялось заседание секции неотложной помощи. Академик РАМН А.П. Голиков, к. м. н. М.М. Лукьянов, к. м. н. В.Ю. Полумисков. Современные возможности и новые перспективы лечения и профилактики кризов у больных гипертонической болезнью на фоне ИБС.

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ ОТ 10.12.2003 Г.

Председатель: академик РАН и РАМН А.И. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Е.Н. Кочина

Повестка дня:

1. Проф. А.В. Шпектор, проф. Е.Ю. Васильева, В.Г. Артамонов, А.И. Маркова. **Новый метод диагностики ИБС;**

Повышение чувствительности и специфичности неинвазивной диагностики ИБС является актуальной задачей. Докладчиком представлена модификация анализа изменения ЭКГ при физической нагрузке — проведение стресс-теста на тредмиле по стандартному протоколу с последующей оценкой не только депрессии сегмента ST, но и динамики дисперсии скорректированного интервала QT.

Увеличение дисперсии скорректированного интервала QT при стресс-тесте более чем на 50 % от исходного уровня отмечено у пациентов с верифицированной по данным коронарографии ишемической болезнью сердца, т. е. является достоверным диагностическим признаком ИБС. Особенно резкий рост дисперсии скорректированного интервала QT имел место у пациентов со стенозом ствола левой коронарной артерии.

Чувствительность и специфичность этого признака оказались выше, чем у обычно используемой для диагностики ИБС депрессии сегмента ST. Наиболее информативной является совместная оценка обоих электрокардиографических показателей.

Вопросы докладчику:

Проф. Р. М. Заславская: «Чем хуже мониторирование по Холтеру вашей методики?»

Ответ: «Мы считаем дисперсию по 12 отведениям ЭКГ, в Холтеровской методике максимум 3 отведения»;

Проф. Р.М. Заславская: «Зависит ли дисперсия от ЧСС?»

Ответ: «Нет, об этом говорят данные сравнения дисперсии у больных и здоровых в нагрузочном стресс-тесте. У здоровых при той же величине дисперсии достигалась более высокая частота сердечных сокращений».

2. Проф. Е. Ю. Васильева, проф. А. В. Шпектор. **Дезагреганты в кардиологии.**

Антиагреганты являются основой терапии, как острого коронарного синдрома, так и хронических форм ИБС. Несмотря на доказанную эффективность такого дезагреганта как аспирин, значительная часть больных ИБС резистентна к его действию. Обсуждалась роль и место теноперидинов, блокаторов II б/III а рецепторов и других дезагрегантов в лечении заболеваний сердца.

Вопросы докладчику:

Проф. М.И. Кечкер: «Сравнивали ли результаты агрегации у пациентов, получавших аспирин и статины и получавших только статины?»

Ответ: «Нет, на такую работу вряд ли кто решится, так как опасно оставлять коронарного больного без дезагрегантов»;

Проф. Р.М. Заславская: «Для преодоления резистентности к аспирину может быть имеет смысл варьировать дозировку аспирина в течение недели, изменять время его приема?»

Ответ: «Попытки применения разных схем были с тех пор, как стало известно, что аспирин в малых дозах блокирует тромбоксан, а в больших дозах блокирует простагландин. В настоящий момент доказано, что антиагрегантное действие аспирина не ослабевает при приеме через день или один раз в 3 дня»

Н.Е. Шкловский-Корди: «Вопрос по поводу конкурентов цитохрома P 450. Каков механизм уменьшения активности плавикса, проходящего через ксенобиотик, покрывающий внутреннюю поверхность стента?»

Ответ: «Метаболизм этих веществ осуществляется через цитохром P450, уменьшается количество активного метаболита клопидогреля.»

— «Помимо плавикса, статинов, на цитохром P450 действуют и масса других кардиологических препаратов. Получается вместе их применять нельзя?»

Ответ: «Теоретически да, но практически есть лишь 2 работы, касающиеся оторвастатина и сиролимуса, в которых показан конкурентный эффект снижения активности плавикса.»

Проф. С.А. Васильева: «Всем ли больным исходно проверяется уровень агрегации?»

Ответ: «Конечно, мы проверяем исходно, если это не большой с нестабильной стенокардией или острым инфарктом миокарда, когда мы обязаны дать дезагреганты, а разбираться с агрегацией будем потом»;

Академик А.И. Воробьев: «Есть ли статистика клинических осложнений по больным, у которых неэффективен аспирин?»

Ответ: «Наверное есть, но она неизвестна»;

Проф. В.А. Насонова: «У 10—15% больных на аспирине развиваются желудочно-кишечные кровотечения. Как часто бывают кровотечения у больных, резистентных к аспирину?»

Ответ: «У нас нет такой статистики»;

Проф. В.А. Насонова: «Влияет ли время приема аспирина на развитие резистентности к данному препарату? У аспирина есть своя точка на альбумине, если он дается после других лекарств, то не связывается с альбумином и просто выводится из организма, не действуя».

Ответ: «Я не могу ответить на этот вопрос, потому что в настоящее время нет даже четкого определения, что такое «резистентность к аспирину» — отсутствие ли дезагрегации тромбоцитов или высокий уровень тромбоксана, либо клинические проявления».

Дискуссия:

Проф. М.И. Кечкер: «Вопрос очень непростой, любая попытка найти новое, очень полезна. Работа требует сопоставления данных в динамике»;

К. м. н. Т.В. Шишкова: То, что я скажу, многим покажется крамолью. Но не сказать не могу. В начале 60-х годов вышла книга «Достижения кардиологии». Авторы выдвинули идею о том, что живем под знаменем «коронарного кровотока», пытаюсь объяснить все клинические проявления, что мы видим у больного, на электрокардиограмме, биохимическими изменениями в миокарде. В дальнейшем жизнь пошла по-другому. У меня сложилось впечатление, что в кардиологии, как и в жизни вообще, действуют мифы. Самый страшный миф — «коронарный зубец Т». Он возник, когда стали снимать 12 отведений ЭКГ. Ранее, когда было лишь 3 стандартных отведения, равносильный, равнобедренный, глубокий отрицательный зубец Т, как ишемическая стадия острого трансмурального инфаркта миокарда, можно было назвать «коронарным зубцом Т». В дальнейшем выяснилось, что многие заболевания, не имеющие в своей основе коронарную патологию, на каком-то своем этапе или длительно проявляются на ЭКГ так называемым «коронарным зубцом Т». А дальше все зависело от того, какую школу проходил тот или иной электрокардиографист. Недавно молодой доктор в нашей поликлинике, практически всем моим старушкам по ЭКГ поставила «снижение коронарного кровотока». Я не стала спорить, я подарила ей книгу «Кардиалгии». В поликлинике мы видим больных прошедших через руки многих специалистов, многие обследования в разных клиниках. Мы видим отдаленные результаты. Вы сегодня говорили о молодой женщине с непонятными болями в области сердца, дело дошло до коронарографии. У нас есть такая больная, у нее целая книга электрокардиограмм. На части из них действительно отрицательные зубцы Т, через некоторое время они стали положительными, затем опять отрицательными. В одной из клиник по результатам Холтеровского мониторирования на основании таких зубцов, снижения сегмента ST на 2 мм ей поставили диагноз «безболевого ишемии». Кончилось все тем, что бета-блокаторы нормализовали ей все эти проявления через много лет от начала всей этой истории.

Глубокие до 1 см «коронарные» зубцы Т могут наблюдаться при климактерической кардиопатии, хотя чаще — 3—4 мм.

Когда мы видим электрокардиограмму, мы не видим коронарного кровообращения как такового. Просьба быть осторожнее в суждениях о снижении коронарного кровотока.

С мифами очень трудно бороться. Один миф порождает другой. Поэтому мне бы хотелось обязательно в будущем на заседании терапевтического общества обсудить вопрос о «не Q —инфаркте».

Академик А.И. Воробьев (в дополнение к выступлению Т.В. Шишковой):

На одном из заседаний общества нам показывали даму, которая в течение многих месяцев страдала сильнейшими болями в области сердца. У нее никакого инфаркта не было.

Меня поразило, что доказывалась коронарная природа этого болевого синдрома, не проходившего неделями, не давшего ни одного объективного признака некроза миокарда.

Проф. В.В. Шпектор: «Хочу привести слова Эйтховена в конце своей жизни: «Боже мой, что я наделал! Теперь спокойствие любого человека зависит от того, что скажет «не очень умный» специалист по поводу его кардиограммы». Я хочу посмотреть на проблему с другой стороны. Что делать человеку, которому принесли кардиограмму, в которой лишь отрицательные зубцы Т? Эта проблема решена во всем мире. Там нет человека, который отдельно шифрует ЭКГ».

Академик А.И. Воробьев: «К сожалению, у нас больной в одном месте, кабинет в другом, шифруют в третьем. Отсюда те беды, о которых я говорю»;

Различные научные общества в течение целого года работают каждое в своей области, каждый член по занимаемому ему вопросу, в конце же года секретарь в одном из заседаний подводит итоги деятельности его сочленов. В этих обзорах — значительная польза и интерес. В них ad oculos представляется степень продуктивности общества. Выражаясь словами поэта, секретарь говорит ему:

«На себя погляди —
Что ты был, и что стал?
И что есть у тебя?»

В этих же годичных заседаниях читаются рефераты по вопросам не узко специальным, а носящим более общий характер, делаются обзоры различных отделов науки, аналогично обзорам г. секретаря. Мой сотоварищ по сегодняшнему заседанию д-р С.С. Стерепнуло, посвящая свой реферат одному из живых современных вопросов, имеющему не только специально медицинский, но общественный интерес как метод для верного распознавания, а отсюда и лечения современного бича человечества — туберкулеза, отвечает им на вопросы поэта, — что

РЕЛИГИЯ И МЕДИЦИНА

Д.Д. Плетнев

(Этюд по истории медицины)

ЛИСТАЯ СТАРЫЕ СТРАНИЦЫ



Речь, произнесенная в годичном заседании Московского Терапевтического Общества. 28 января 1904 года

«На себя погляди —
Что ты был, и что стал?»

Такой ретроспективный взгляд по отношению к науке, на слушание которой большинство здесь присутствующих отдало свою жизнь и деятельность, несмотря на всю беглость предлагаемого очерка, имеет некоторый интерес, как способ сравнения детского лепета и отроческого шатания в пору существования нашей науки под опекой религии с теми последними данными самостоятельной ее деятельности, образец которых укажет Сергей Сергеевич. В задачу моего очерка войдет поэтому исторический только обзор данных, указывающих на генетическую связь религии и медицины, что соответствует детству и отрочеству последней, не касаясь этой связи в позднейшее время, т.е. в эпоху зрелости ее.

Религия и медицина древни, как само человечество. Только что явившемуся на арене истории человеку пришлось столкнуться с массой космических явлений, поражающих и не столь наивный ум, как ум наших предков. Явления были необъяснимы, они подавляли, сплошь и рядом повергали в прах в полном смысле этого слова существа, носящие в зоологии название «Номо sapiens». Как результат человеческой слабости, возникают соответствующие развитию ума религиозные воззрения от самых наивных, бессвязных верований вплоть до строгих религиозных систем последнего времени — буддизма, еврейства, христианства, магометанства. Те многочисленные опасности, которым подвергался человек при столкновении с явлениями неорганической природы (землетрясения, извержения вулканов, бури и т. д.), с разными зверями, наконец, с себе подобными людьми, влекли за собой сплошь и рядом повреждения тела, связанные с этими повреждениями общие заболевания. Надо было лечить полученные страдания. Так возникла первобытная медицина. Ее возникновение явилось одновременно с религией, в связи с последней начинается ее развитие, и связь эта не теряется вплоть до позднейших времен.

Религиозные представления диких народов, конечно, не одинаковы, но между отдельными формами много общего. Наиболее грубой формой религии является шаманизм, встречающийся в настоящее время в более или менее чистом виде у сибирских инородцев, у других народов встречаются только обрывки этих верований, не составляя строгой системы, являясь лишь в виде суеверий.

По учению шаманов, весь мир наполнен бесчисленными духами, и всякий акт природы есть результат действий духа. Духи бывают злые и добрые. Злые духи могут на каждом шагу вредить человеку, насылая на него и на его скот болезни, смерть, причиняя пожары и т. д. Поэтому человек должен опасаться разгневать духов, а, если он их разгневает, то должен стараться умиловать их. Не каждый человек сумеет решить, какой дух наслал ему и близким его какое-нибудь несчастье, напр., болезни, и как умиловать разгневанного духа. — Это дело шамана. Последний, при помощи особых манипуляций, приводит себя в состояние экстаза, во время которого он входит в общение с духами и от них узнает, кто виной болезни и что надо предпринять для исцеления больного. Шаман, по мнению дикарей, обладает способностью не только вопрошать, но и заставлять духов повиноваться себе. Так как духи не всегда повинуются словам, то шаманы иногда воздействуют на них плетью, поленом; так, например, если роженица не может разрешиться, это значит, что в нее вселился злой дух, которого необходимо выгнать. Если злой дух не послушается заклинаний, шаман берет плеть и

стегает ею по юрте или даже по самой роженице. Если, тем не менее, роженица умрет, это значит, что шаман не одолел духа, и надо бы призвать более могущественного шамана.

Как видно из предыдущих строк, на первобытной ступени человечества врачевание находилось в руках жрецов, причем в этом врачевании нет и тени какой-нибудь медицины, знаний. Все дело сводится к умению жреца обращаться с духами, способности умиловать или подчинить их себе. По мере исторического развития человечества, его религиозные воззрения начинают терять характер соединения случайных верований, развиваются в более стройные системы и вместе с тем появляется и стремление понять нормальные и патологические проявления природы, овладеть ими.

Впервые зачатки медицины, как науки, можно найти в Индии и Египте. Согласно верованиям древних индийцев, основателями меди-

цины были боги Сива и Давантари, — между прочими драгоценностями бушующее море выбросило на берег ученого врача. Медицинская наука индийцев излагается в священных книгах или Ведах, преимущественно в Ayur Veda. Наибольшей известностью пользуется Ayurveda, комментированная Sutrata'i, бывшим одновременно жрецом и врачом. Врачебные обязанности вначале исполнялись исключительно браминами. Но по мере того, как к обязанностям лекаря, кроме знания заклинаний, присоединялись требования сведений в болезнях и умения помочь в них, помимо молитвы, еще разными специальными приемами, преимущественно хирургическими, часть прав своих жрецы должны были уступить другим сословиям, так как им самим по закону нельзя было заниматься хирургией. Однако они сохранили за собой право преподавания и посвящения в медицину. Таким образом, кроме класса жрецов врачей возникли еще две новые врачебные касты. К одной принадлежали так называемые медицинские слуги, занимающиеся бритьем, кровопусканием, дерганьем зубов, к другой — высшие, так называемые врачи. Благодаря, следовательно, некоторым особенностям религии индийцев, отделение медицины от религии произошло

здесь очень рано и без борьбы между ними. Врачебная наука, врачебное искусство достигли в Индии относительно высокого положения, и сами врачи пользовались почетом и уважением.

В Египте жрецкое сословие играло огромную роль — сам царь исполнял жрецкие обязанности, знатные люди считали за честь служить богам. На ряду с жрецами — добровольцами существовал и могущественный особый класс жрецов. Будучи наиболее образованными людьми в государстве и понимая все выгоды своего положения, жрецы присвоили врачевание исключительно себе. Не каждый жрец был врачом, но каждый врач обязан был быть жрецом. В британском музее хранятся медицинские руководства, составленные египетскими жрецами, где говорится, как надо ставить

Если злой дух не послушается заклинаний, шаман берет плеть и стегает ею по юрте или даже по самой роженице.

диагнозы болезней, указываются рецепты против последних, причем большую роль как в распознавании, так и в лечении болезни, играют магические формулы. Различные боги являются покровителями различных органов тела, их функций, например, Тот, почитавшийся под видом живого ибиса, покровительствовал пищеварительному аппарату, и его заботливости приписывается изобретение столь полезного инструмента, как клистирная трубка.

Одним из способов, к которому охотно прибегали жрецы в Египте, впоследствии в Греции, был сон пациента в храме. Предполагалось, что бог охотнее откроет волю больному во время его сна, причем толкователями сновидений являлись жрецы. Однако, не все больные допускались к священному сну. Роженицы и тяжелые больные исключались. Больной, заявивший о своем желании

... на первобытной ступени человечества врачевание находилось в руках жрецов, причем в этом врачевании нет и тени какой-нибудь медицины, знаний ...

Тот, почитавшийся под видом живого ибиса, покровительствовал пищеварительному аппарату, и его заботливости приписывается изобретение столь полезного инструмента, как клистирная трубка.

подвергнуться священному сну, предварительно подготовился рассказами о бывших в храме чудотворительных исцелениях, прочитывались молитвы, проделывался ряд церемоний с жертвоприношениями, больной подвергался омовению и затем на ночь укладывался спать в храме, причем богатый пациент ложился на шкуру жертвенного животного у подножия изображения божества, а бедный на своих ломотях где-нибудь в закоулке. У больных с возбужденным нередко от инфекции мозгом под влиянием всех церемоний, еще более усиливавших возбуждение нервной системы, сны принимали сплошь и рядом самую причудливую форму. Так, например, одному больному приснилось, что боги требуют от него кровопускания в 120 фунтов, и благо

подвергнуться священному сну, предварительно подготовился рассказами о бывших в храме чудотворительных исцелениях, прочитывались молитвы, проделывался ряд церемоний с жертвоприношениями, больной подвергался омовению и затем на ночь укладывался спать в храме, причем богатый пациент ложился на шкуру жертвенного животного у подножия изображения божества, а бедный на своих ломотях где-нибудь в закоулке. У больных с возбужденным нередко от инфекции мозгом под влиянием всех церемоний, еще более усиливавших возбуждение нервной системы, сны принимали сплошь и рядом самую причудливую форму. Так, например, одному больному приснилось, что боги требуют от него кровопускания в 120 фунтов, и благо

подвергнуться священному сну, предварительно подготовился рассказами о бывших в храме чудотворительных исцелениях, прочитывались молитвы, проделывался ряд церемоний с жертвоприношениями, больной подвергался омовению и затем на ночь укладывался спать в храме, причем богатый пациент ложился на шкуру жертвенного животного у подножия изображения божества, а бедный на своих ломотях где-нибудь в закоулке. У больных с возбужденным нередко от инфекции мозгом под влиянием всех церемоний, еще более усиливавших возбуждение нервной системы, сны принимали сплошь и рядом самую причудливую форму. Так, например, одному больному приснилось, что боги требуют от него кровопускания в 120 фунтов, и благо

ИнтерНьюс

Желчнокаменная болезнь относится к заболеваниям, которые достаточно хорошо диагностируются, но весьма тяжело лечатся.

Варианты лечения: оперативное удаление желчного пузыря, которое, кстати, может не только не избавить от проблем с пищеварением, но и добавить новые, лекарственные препараты на основе желчных кислот, способные растворять только холестериновые камни, да и то не у всех и только в случае продолжительного приема. Опять же, даже такое растворение не избавляет человека от появления новых камней в желчном пузыре в будущем, особенно в случаях, когда пациент возвращается к привычному для него образу жизни. Вот и получается, что лечить сложно, а значит, лучше предупредить, нежели лечить!

По официальной статистике, в США ежегодно по поводу камней в желчном пузыре госпитализируется около 639 000 человек. В среднем каждый четвертый американец, на каком-то этапе жизни сталкивается с проблемами камней в желчном пузыре. В некоторых случаях, камни провоцируют боли в животе и рвоту и желчный пузырь приходится удалять. Подавляющее большинство людей, страдающих желчнокаменной болезнью, являются «счастливыми» обладателями холестериновых камней. Они образуются в результате слипания кристаллов холестерина, входящего в состав желчи, чему способствуют изменение ее физико-химических свойств и нарушение оттока.

Давно известно, что погрешности в пищевом рационе (предпочтение жирной, жареной, копченой пищи, частые перекармливания, особенно в вечернее и ночное время) являются хоть и не единственным, но весьма значимым фактором риска развития желчнокаменной болезни.

Но оказывается, имеются диеты, способные снизить риск развития данного заболевания. Так, средиземноморская диета, основанная на потреблении большого количества растительных масел, орехов и рыбы, предупреждает развитие не только заболеваний сердца и сахарного диабета, но и желчнокаменной болезни. По данным 14-летнего исследования американских ученых, те пациенты, которые отдавали предпочтение именно такой диете, имели на почти на четверть более низкий риск развития заболевания, чем средний в популяции.

Эти данные были получены в ходе исследования, проходившего с 1986 по 2000 год и заключавшегося в анализе пищевых привычек 45 756 мужчин. За время 14 летнего наблюдения у 2323 человек развилась желчнокаменная болезнь. В группе пациентов, потреблявших наибольшее количество ненасыщенных жиров (в пять раз больше чем в группе с минимальным потреблением), в среднем риск был ниже на 18%. Насколько эффективной данная диета будет у женщин пока не известно. Дело в том, что механизм образования камней в желчном пузыре у женщин и мужчин неодинаков. Особый вклад, видимо, вносят женские гормоны — женщины болеют в 8—10 раз чаще. В настоящее время с женщинами проводится отдельное исследование.

По данным другого исследования, насыщенные жиры и рафинированные углеводы увеличивают риск камнеобразования, равно как заболеваний сердца и сахарного диабета.

Источник:
The Associated Press,
October, 5, 2004.

(Продолжение на стр. 6)

(Начало на стр. 5)

страдающим, что в подобных случаях толкователем сновидений являлся более образованный и не столь заигнотизированный жрец.

Случаи исцеления при помощи такого внушения, конечно, были не редки и еще более укрепляли веру народа в могущество бога и его посредника — жреца. Знаменитый сатирик Греции Аристофан осмеял даже способ лечения сном в храме и разницу в отношениях жрецов к богатым и бедным в своей комедии.

Искание целебного сна в храмах являлось выражением убеждения, что в болезнях человеческие знания и силы напрасны, что помощи надо искать у высших сил. Но благодаря естественному ходу вещей, полное унижение знания перед религиозным чувством и влиянием послужило зерном, из которого развилась современная медицинская наука.

Все счастливые случаи исцеления тщательно записывались всеми бросавшимися в глаза симптомами, внешние признаки болезней, если оказывалось возможным, зарисовывались, делались с них слепки. Все это хранилось в храмах для обучения жрецов, у которых постепенно развивалась наблюдательность; они строили свои гипотезы о причинах болезней, изыскивали способы лечить последствия. Даже не жрецы, присматриваясь к окружающему патологическому миру, невольно изучали его, стали задумываться о законах человеческой природы и нарушениях ее. Расцвет греческой натурфилософии много способствовал гибели исключительно теистического мирозерцания. Эмпедокл со своим фантастическим учением о четырех элементах: земля, вода, воздух и огонь; Анаксагор, выступивший с гипотезой о целесообразно действующем духе, господствующем над миром, и положивший начало распространению вплоть до последнего времени дуализму; Демокрит со своей теорией атомов — продолжили твердый путь к философскому познанию мира, не позволили удовлетворяться человеческому уму теистическими только воззрениями.

Благодаря столь мощному развитию натурфилософии, сделалось возможным появление в Греции, где к слову сказать, основателем медицины признается Эскулап-египтянин, гениального Гиппократ (460—356 до Р. Х.), соединившего в себе одновременно врача и философа.

Все выводы он тщательно проверял фактами, словом, в основу положил требования, и теперь предъявляемые естествознанием. Раз вступивши на путь тщательного наблюдения фактов, медицина eo ipso разрывала с религией, становилась научной дисциплиной, столь же самостоятельной, как и всякая другая отрасль естествознания. Анатомия и физиология, а не религиозное мирозерцание, благодаря стараниям Гиппократ и его учеников, клались в основу требований,

Все счастливые случаи исцеления тщательно записывались всеми бросавшимися в глаза симптомами, внешние признаки болезней, если оказывалось возможным, зарисовывались, делались с них слепки.

Анатомия и физиология, а не религиозное мирозерцание, благодаря стараниям Гиппократ и его учеников, клались в основу требований, предъявляемых врачу.

предъявляемых врачу. Интерес к упомянутым наукам, был настолько распространен и вошел в умы, что с падением Греции в эпоху расцвета просвещения в Александрии, во времена Птолемея, с целью более успешного изучения анатомии и физиологии Герофила и Эразистрату — ученым того времени — предоставлялись трупы для вскрытия и преступники для вивисекций. Для того же, чтобы эти занятия не ложились позором на ученых, которых народ называл палачами и преступниками, сами цари занимались вскрытиями и присутствовали на вивисекциях. Жреческое сословие, конечно, не без боя уступило область своего влияния, доставлявшую им почет и огромные средства. Борьба

между представителями науки и религии, как и в других областях естествознания, завершилась победой последнего в сфере изучения и толкования сил природы и переходом медицины в руки философов и ученых.

Мы говорили об языческих религиях. В еврействе мы найдем то же полное подчинение медицины религии, функции врача так же принадлежащими священнослужителю. Вначале, как это можно судить по Библии, медицинская помощь состояла только в молитве: «и молился Авраам Господу, и вылечил Господь Авимелеха и жену его, и рабынь его, и они стали рожать». Тот же Авраам кажется, был первым еврейским хирургом. Имея 99 лет от роду, он произвел операцию обрезания над самим собой, над сыновьями и домочадцами своими. От патриархов врачебно-санитарные обязанности естественно перешли к классу жрецов, у которых уже во время Моисея оказывается строго-выработанный врачебно-санитарный устав. Больные должны бы-

ли являться на осмотр жрецов — «заболевшего узелковой, чешуйчатой и пятнистой сыпью на коже тела должно привести к жрецу Аарону или к одному из его сыновей жрецов, и жрец должен осмотреть поражение». Священнослужитель признавал больного чистым или нечистым (заразным или незаразным), соответственно чему больной должен был удалиться из стана или города, или мог жить вместе со всеми. Врачебный устав Моисея предусматривал все мелочи, тщательно заботясь о профилактике и гигиене, гораздо менее о лечении существующей уже болезни, что подало повод великому гигиенисту XVIII века Johann у Peter у Frank у сказать: «Нередко размышлял я о точности медицинских полицейских законов Моисея, превосходящих несомненно все санитарные узаконения и учреждения любого государства, находя, что великий законодатель заботился о мельчайших предметах... и невольно с чувством удивления сопоставлял времена Моисея с нашим временем».

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Больная Н., 38 лет, обратилась за консультацией по поводу «плохого» анализа крови. Из беседы с женщиной стало ясно, что приблизительно 3 недели назад она перенесла какое-то острое респираторное заболевание с повышением температуры до 38,5, головной болью, сопутствующими не резко выраженными катаральными явлениями (боль в горле при глотании, небольшой сухой кашель). Так как больная не работает, в больничном листе не нуждается — к врачу не обращалась. Лечилась «домашними» средствами. Через несколько дней больной стало лучше, температура нормализовалась, симптомы заболевания стали исчезать, но оставалась слабость, сердцебиение после физической нагрузки, раздражительность. Так как больная была очень обеспокоена своим здоровьем, знакомые посоветовали ей сдать анализ крови, что она и сделала. В общем анализе крови: гемоглобин — 134 г/л, эритроциты — $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП — 0,9, лейкоциты — $9,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 5%, сегментоядерные — 24%, эозинофилы — 1%, моноциты — 9%, лимфоциты — 58%, плазматические клетки — 3%, РОЭ — 11 мм/ч. «Заподозрив» у себя заболевание крови (количество лимфоцитов значительно превышало норму), и не получив убедительного объяснения имеющимся изменениям у участкового терапевта, больная обратилась к нам. При осмотре: незначительно увеличены и гиперемированы глоточные миндалины, увеличены шейные лимфатические узлы с обеих сторон, болезненны при пальпации. Кожные покровы чистые, в легких везикулярное дыхание, хрипов не прослушивалось. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений не отмечалось. После расспроса и осмотра больной у нас сложилось мнение, что наиболее вероятной причиной абсолютного лимфоцитоза, имеющего место у больной, были реактивные изменения крови после перенесенного острого респираторного заболевания. На это указывали сроки болезни (инфекция была около 3 недель назад), наличие остаточных явлений (увеличенные миндалины, болезненные симметрич-

ные лимфоузлы в подчелюстной области) без какой-либо другойстораживающей симптоматики, отсутствие лейкоцитоза или признаков угнетения других ростков кроветворения в клиническом анализе крови. Мы попытались объяснить больную, чем, скорее всего, вызваны изменения в крови и то, что через некоторое время необходимо повторить анализ. Однако, учитывая психоэмоциональное состояние больной, ее желание «убедиться» в нашей правоте, было решено провести дальнейшее обследование. Были назначены: общий анализ мочи, биохимический анализ крови, флюорографическое исследование, больная по собственной инициативе провела иммунологическое обследование. Результаты: общий анализ мочи, анализ биохимического состава крови — без патологии, при флюорографическом исследовании также патологии не выявлено. Иммунологическое исследование выявило увеличение уровня иммуноглобулина G 2500 мг/дл при норме 800—1800 мг/дл, высокую активность нейтрофилов. Повторный клинический анализ крови через 2 недели был без патологии.

К сожалению, описанный случай не исключение. К нам часто обращаются больные с изменениями в гемограмме, не получившие должного разъяснения у лечащего врача, но еще чаще больных на консультацию направляют сами врачи. Наверно, это хорошо, что доктора проявляют «гематологическую настороженность», но всегда ли она обоснована?

Пользуясь случаем, хотелось бы напомнить коллегам о том, что клинический анализ крови — замечательный источник знаний о больном. Держа в руках бланк клинического анализа крови и при беглом взгляде отметив имеющиеся отклонения от нормы, мы, прежде всего должны четко представлять, касаются ли изменения одного роста кроветворения или нескольких. Если речь идет об одном ростке, а при реактивных изменениях меняется состав именно белой крови — соотношение гранулоцитов — лимфоцитов и в меньшей степени — моноцитов, то необходимо очень тщательно

расспросить больного о его самочувствии не только в настоящий момент, но и в предшествующие 1—1,5 месяцев. Как правило, острая воспалительная реакция имеет соответствующую клинику и сопровождается лейкоцитозом с расширением гранулоцитарного ростка или появлением незрелых форм (при большинстве бактериальных инфекций) или, напротив, снижением или нормальным значением общего числа лейкоцитов с лимфоцитозом (при вирусных инфекциях). Все врачи это очень хорошо знают. Как правило, больной в этот период находится под наблюдением у своего врача. Через 5—7 дней больной поправляется (если речь не идет о тяжелой органной патологии), «острые воспалительные изменения» в крови исчезают — кровь «нормализуется», больной выписывается на работу и более не обследуется. Таким образом, этап развития иммунного ответа, который в полной мере начинает формироваться через 2—3 недели, и сопровождается повышением числа лимфоцитов, появлением плазматических клеток — клеток, синтезирующих защитные антитела, специфические к данному возбудителю, иногда повышением выше нормы числа моноцитов — этот период зачастую проходит незамеченным для больного и для врача. Кстати, показатели иммунного статуса, широко распространенного и доступного для определения сегодня, также будут отражать реактивные (преходящие) изменения. В нашем случае — это увеличение иммуноглобулина — G (антитела), в биохимическом анализе крови это могло бы найти отражение в увеличении фракции глобулина γ . «Случайный» анализ крови, выполненный в этот период, может быть неправильно истолкован и серьезно обеспокоить и врача и пациента (как это было в нашем случае). Безусловно, когда анамнестические данные не позволяют заподозрить возможность реактивных изменений, а также, если картина крови не нормализовалась при повторном отсроченном обследовании, больного необходимо направить на консультацию к гематологу.

Некрасова Н.И.

Уважаемые коллеги!

Мы предлагаем Вашему вниманию животрепещущие темы, которые хотели бы обсудить с Вами в Новом 2005 году. Приглашаем Вас к активному сотрудничеству, ждем от Вас писем и статей.

1. Врач и компьютер (действительно ли без «знания» компьютера нельзя сегодня быть хорошим врачом?)
2. Ожирение (так ли оно опасно?)
3. Диспансеризация — мифы и реальность
4. Анемия (если мы столько о ней знаем, то почему ее так много?)
5. Гипертония и ИБС — болезнь или болезни?
6. Медицина доказательств (мода или необходимость)
7. БАДы против здоровья
8. Врач, аптекарь и мед. представитель фарм-компаний (как взаимодействовать с максимальной взаимной выгодой и оставаться с чистой совестью?)
9. Онихомикозы (лечим косметический дефект рискуя жизнью?)
10. Ошибка в моей практике, которую я буду помнить всегда (которая меня научила)
11. Чудеса бывают (самый удивительный случай из практики)
12. Сапожник без сапог (Как болеют и лечатся врачи?)
13. Разумное поведение — залог здоровья?
14. Депрессия и профессиональное «выгорание»
15. Онконастороженность
16. Климакс — это болезнь?
17. Спорт — путь к здоровью или к болезни?
18. Мужские, женские и старческие болезни
19. Нас так учили

Редколлегия

Повестка дня:

В среду 26 января 2005 года в 17 час. 30 мин. в Анатомическом корпусе ММА им. И.М. Сеченова (Моховая, 11) состоится пленарное заседание общества.

Повестка дня:

1. К.м.н. Д.В. СКРЫПНИК, проф. Е.Ю. ВАСИЛЬЕВА, проф. А.В. СПЕКТОР (Кафедра кардиологии ФПДО МГМСУ МЗСР РФ). Механические осложнения инфаркта миокарда. 40 мин.

Разбираются вопросы диагностики и тактики ведения больных с

ПРОГРАММА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МГНОТ

внутренними и наружными разрывами миокарда, постинфарктной дисфункцией митрального клапана, с динамической обструкцией выходного тракта левого желудочка, обусловленной нарушениями его геометрии. Обсуждается клиническое значение асинхронности работы сердца при нарушениях внутрижелудочковой проводимости и способы ее преодоления.

2. Проф. Е.Ю. ВАСИЛЬЕВА, А.Г. БИЛИЧ, Е.А. МАКАРОВА, проф. А.В. СПЕКТОР (Кафедра кардиологии ФПДО МГМСУ МЗСР РФ). Нестабильная бляшка при остром коронарном синдроме: локальная или системная патология? 15 мин.

В основе острого коронарного синдрома лежит нарушение целостности бляшки, обусловленное воспалительным процессом. Все больше данных появляется за то, что этот процесс является генерализованным воспалением...

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

В среду 9 февраля в 17 час. 30 мин. в Анатомическом корпусе ММА им. И.М. Сеченова (ул. Моховая, 11) состоится пленарное заседание общества. Повестка дня: 1. проф. П.А. Воробьев (ММА им. И.М. Сеченова) «Кто Вы, доктор гериатр?».

Заседание посвящено 10-летию журнала «Клиническая геронтология». В докладе будут представлены материалы по созданию и развитию гериатрической службы в стране. Будет обсуждена деятельность общественных и благотворительных организаций по оказанию помощи пожилым, проблемам и перспективам, связанным с монетизацией льгот. Будут представлены данные по принципам применения лекарственных препаратов у пожилых, особенности диагностики и ведения основных болезней пожилого возраста.

В среду 9 февраля 2005 года в 17 час. на кафедре анатомии состоится заседание Правления и Ревизионной комиссии.

В повестке отчеты о работе за 2 года председателей секций клинической геронтологии и гериатрии, ревматологической секции, секции лечебного питания и секции неотложной терапии.

Во вторник 18 января и 15 февраля в 17 час. в аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо») состоится заседания секции электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы.

18 января.

1. Проф. Н.М. ШЕВЧЕНКО. Вопросы дифференциальной диагностики тахикардий.

2. Д.м.н. Н.Ф. БЕРЕСТЕНЬ. Тканевая доплерокардиография: возможности и перспективы развития метода.

15 февраля.

1. К.м.н. М.Ф. КОПЕЛЕВ. Применение ЭКГ и ЭхоКГ в диагностике вирусных поражений сердца.

2. Доцент Т.Н. ГЕРЧИКОВА. Демонстрация случая острого перикардита.

В четверг 20 января и 24 февраля в 15 час. в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж) состоятся заседания секции клинической геронтологии и гериатрии.

20 января.

Д.м.н. С.В. ШУШАРДЖАН. Музыкотерапия в комплексном лечении пожилых больных.

24 февраля. Т.Г. ВЯЗНИКОВА. Особенности гипотиреоза в пожилом возрасте.

В четверг 20 января и 17 февраля в 16 час. 30 мин. в аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11-а) состоятся заседания секции нефрологии и иммунопатологии.

20 января.

1. Н.А. МЕТЕЛЕВА, Е.А. ШАХНОВА, к.м.н. Н.Л. КОЗЛОВСКАЯ, к.м.н. Н.Г. МИРОШНИЧЕНКО. Успешное лечение антикоагулянтами нефропатии, ассоциированной с антифосфолипидным синдромом.

2. К.м.н. Л.В. КОЗЛОВСКАЯ, проф. Е.М. ШИЛОВ, Н.А. МЕТЕЛЕВА, Е.А. ШАХНОВА, к.м.н. В.В. КУШНИР, проф. Л.В. КОЗЛОВСКАЯ, к.м.н. М.Ю. ШВЕЦОВ, проф. В.А. ВАРШАВСКИЙ. Поражение почек при антифосфолипидном синдроме — новая форма тромботической микроангиопатической нефропатии.

17 февраля. Состоится тематическое заседание «Лекарственные нефропатии».

Во вторник 25 января и 22 февраля в 16 час. в конференц-зале Главного (клинико-хирургического) корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Б. Сухаревская пл., 3) состоятся заседания секции неотложной терапии.

25 января.

1. Академик РАМН А.П. ГОЛИКОВ. Вступительное слово.

2. К.м.н. И.В. ЗАХАРОВ, проф. Г.А. ГАЗАРЯН, Д.А. ЧЕПКИЙ, Г.С. КОРОБА, А.В. ТОПОЛЬСКИЙ. Эффективность чрескожных вмешательств в остром периоде крупноочагового инфаркта миокарда.

22 февраля. Председатель академик РАМН А.П. ГОЛИКОВ.

1. Проф. С.А. БОЙЦОВ, Н.В. ЕВСЕЕВА. Тромбоэмболии легочных артерий в клинике внутренних заболеваний (современные методы диагностики, лечения и профилактики).

Во вторник 1 февраля и 1 марта в 16 час. в помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34) состоятся заседания ревматологической секции.

1 февраля.

1. Проф. А.А. БАРАНОВ (Ярославль). Системные васкулиты: современные аспекты диагностики и лечения.

2. Д.м.н. Н.А. ХИТРОВ. Структура остеоартроза и сопутствующих заболеваний.

1 марта.

1. К.м.н. И.А. ГУСЕВА. Генетические аспекты спондилоартропатий и диагностическая значимость HLA-B27.

2. К.м.н. М.З. БРАТАНОВА, К.М. КОГАН. Исходы болезни Рейтера по данным многолетних наблюдений.

ИНФОРМАЦИЯ

I Съезд специалистов ультразвуковой диагностики в медицине Центрального федерального округа (г. Москва, 16—18 февраля 2005 года).

Вторая Международная научная конференция «Новые технологии в медицине—2005» (г. Санкт-Петербург 2—3 марта 2005 года).

Рекомендуем посетить сайт:

<http://www.consilium-medicum.com/>; бесплатный доступ к журналам издательства Media Medica, а также к руководствам по медицине, в частности к изданию «Антибиотики» под редакцией

Росвиты Таушниц, «Принципы рационального лечения сердечной недостаточности» под ред. Ю.Н. Беленкова и В.Ю. Мареева

<http://www.infamed.com/>; Компьютерные программы для врачей: диагностика, обучение и тестирование, психология, фармакология, рефлексотерапия, статистические методы исследования, разное.

<http://www.cardiosite.ru/>; сайт Всероссийского научного общества кардиологов. Все о кардиологии. Бесплатный доступ к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика».

Сопредседатели секции:

- Ю.Н. Беленков, главный кардиолог Министерства Здравоохранения РФ, член-корр. РАН, академик РАМН, профессор
- В.А. Сандриков, д.м.н., профессор
- М.Г. Глезер, 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»

Сопредседатели секции:

- А.В. Покровский, академик РАМН, ангиохирург;
- А.А. Кириченко, профессор, терапевт;
- В.А. Парфенов, профессор, невролог.

Программа заседания:

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсоров
4. Дискуссия

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:

- Ноников В.Е., д.м.н. профессор, заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- Богомолов Б.П., профессор, член корр. РАМН, заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

Программа заседания:

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

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»

Приглашение

«У гипертонии женское лицо»

16 февраля 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Диабетическая ретинопатия. — Лечит хирург или терапевт? А может быть вместе?»

15 февраля 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Чья инфекция мочеполовой системы — уролога, нефролога, терапевта?»

3 февраля 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Одним из наиболее часто выполняемых анализов является анализ мочи. Первым разделом бланка этого анализа является удельный вес мочи или, правильнее, относительная ее плотность. Как правило, врачи, читая анализ мочи, не обращают внимания на это исследование, не дают ему никакой трактовки. Помня с институтской скамьи выражение изо-гипостенурия практически ни один врач не понимает смысла этого выражения, а тем более — его диагностического значения. Итак, о чем же идет речь?

Фильтрующаяся в нефроне первичная моча имеет удельный вес (относительную плотность) плазмы, точнее ее безбелковой части. Затем, при нормальной функции канальцев вода и часть солей всасывается, остаток мочи концентрируется и удельный вес ее (относительная плотность) повышается.

В течение суток процесс концентрации неравномерен. В некоторой степени количество отделяемой мочи зависит от физической активности (больше кровотоков, больше образуется мочи), температуры окружающей среды (на холоде мочи образуется больше), приема жидкости. При увеличении объема фильтрации несколько уменьшается концентрация солей, и удельный вес мочи снижается. Снижается он и при нарушении функции канальцев. Такое нарушение может быть следствием заболевания с преимущественным поражением канальцев — тубулоинтерстициальное поражение. Чаще всего таким заболеванием является инфекционное поражение мочевыводящих путей — пиелонефрит. Другой причиной может быть развитие почечной недостаточности.

Формально норма удельного веса (относительной плотности) — 1018—1025 (1,018—1,025), более правильно считать нормальными показатели верхние показатели до 1020—1022 (1,020—1,022).

При нормальной функции почек показатель удельного веса колеблется в течении суток (ночью — цифры выше, днем — ниже) причем колебания эти могут быть достаточно большими — например, от 1012 (1,012) до 1020 (1,020).

Для того, чтобы определить суточные колебания удельного веса используют пробу Зимницкого. Реально это исследование выполняется только в нашей стране — в западных странах оно не используется. Пробы мочи берутся 6 раз в сутки и опреде-

ляют в каждой удельный вес. В норме должен наблюдаться разброс удельных весов; если показатель удельного веса монотонен, то говорят об гипостенурии — малом разбросе удельного веса. У здорового человека даже в различных анализах мочи удельный вес различается — это легко обнаружить, пролистав амбулаторную карту: как правило, удельные веса не одинаковы.

В разовой порции удельный вес мочи может быть равен удельному весу плазмы — около 1012—1013 (1,012—1,013). Однако если из анализа в анализ повторяется такой удельный вес, то необходимо обязательно сделать пробу Зимницкого. Если в этой пробе все удельные веса одинаковы с удель-

ным весом плазмы, то говорят об изостенурии. При этом обычно имеется и гипостенурия (малый разброс), поэтому термины обычно объединяются в изо-гипостенурию. Подозре-

ние на изогипостенурию возникает в том случае, если в различных анализах мочи, взятых в разные дни наблюдается удельный вес около 1012—1013 (1,012—1,013). Проба Зимницкого подтверждает диагноз — либо речь идет о пиелонефрите, либо — о хронической почечной недостаточности. Впрочем, возможно такое явление и при приеме диуретиков и при обильном питье.

Иногда удельный вес мочи ниже, чем удельный вес плазмы. Такая картина так же свидетельствует о патологии канальцевого аппарата (пиелонефрите), но никогда не наблюдается при хронической почечной недостаточности.

Наконец, удельный вес мочи может быть высоким. В разовой порции его показатель около 1,025 не вызывает больших опасений, однако если такая величина повторяется из раза в раз, то необходимо выяснить причину этого явления. Во первых выяснить, достаточно ли пациент пьет воды. Минимальная норма потребления воды — не менее 1 литра в сутки, меньший объем легко может вызвать повышение удельного веса. Высокий удельный вес может привести к образованию мочевых камней, так как это отражает высокую концентрацию солей. Патологические процессы, проявляющиеся высоким удельным весом — сахарный диабет и протеинурия. И в том и в другом случае диагноз подтверждается, в том числе изменениями, выявляемыми в общем анализе мочи.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

Предлагаем Вашему вниманию расписание заседаний кардиологической секции МГНОТ на 2005 г.

У гипертонии женское лицо — 17 февраля
Гипертония и менопауза
Вопросы контрацепции при гипертонии
Гипертония беременных

Инсульт как сердечно-сосудистое заболевание — 17 марта
Первичная профилактика
Вторичная профилактика
Гипертонический криз и инсульт
Кардиолог и невролог вместе или по отдельности
Аритмии и инсульт

Вторая жизнь сердца — 19 мая
Реваскуляризация миокарда
Методы реваскуляризации
Профилактика тромбозов
Качество жизни
Количество жизни

Карман пациента глазами кардиолога — 15 сентября

Карман пациента судьба человека?
Могут ли россияне позволить себе современные лекарства?
Фармакоэкономика ИБС
Фармакоэкономика гипертонической болезни
Фармакоэкономика аритмий
Фармакоэкономика облитерирующих заболеваний артерий

Прием врача-кардиолога — 20 октября

Рабочий день кардиолога
Интересный больной (клинический разбор)
Консилиум (больному бонус: год лечения от спонсоров)

Прививка от болезней сердца — 15 декабря

Вакцинация
Стволовые клетки (клеточные технологии)

ИНФОРМАЦИЯ

27 апреля 2005 г. в большом конференц-зале Главного клинического госпиталя МВД РФ состоится научно-практическая конференция «Проблемы современной ревматологии». Тематика: все актуальные вопросы клинической ревматологии. Могут быть рассмотрены следующие формы Вашего выступления: Лекция, посвященная актуальным проблемам ревматологии (продолжительность до 20 мин.); сообщение о результатах собственных исследований или демонстрация интересных клинических наблюдений (до 10 мин.; фиксированное выступление в обсуждении (до 5 мин.).

Оргкомитет принимает материалы до 24 часов 15 марта 2005 г

Телефоны: (095) 943-66-66, 8-916-620-14-93 (Жилиев Евгений Валерьевич).

Факс: (095) 943-04-61 (с пометкой «для Жилиева»);

E-mail: zhilyayev@mtu-net.ru

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65

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