



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Февраль 2005

№ 4

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Современная поликлиника. Я попытался представить, что же хорошего есть в ней сегодня, ведь государство тратит на нее значительные бюджетные средства? Честно говоря, ничего толкового на ум не пришло.

Поликлинический врач погряз в бумагах. В последние годы любое желание законодателей улучшить ситуацию в амбулаторной помощи населению приводит лишь к появлению нового журнала, который должен заполнять врач.

Конечно же, у врача стационара нагрузка не меньше, но у него не стоит в коридоре очередь из гриппозных больных, и нет 30 пациентов, ждущих врача дома. Меньше и общее количество больных, есть время подумать, принять решение по каждому больному, определенно меньше «писанины». Кафедры функционируют на базе больницы крупных московских стационаров и волей-неволей стационарные врачи «вынуждены» повышать свою квалификацию на конференциях, семинарах, проходящих на базах больниц, утренних конференциях, совместных с кафедрами. А поликлинические врачи, к сожалению, всего этого лишены.

Врачам первичного звена необходимо платить хорошие деньги, дать стандарты, по которым они должны лечить, в соответствии с ними требовать как знания, так и практического их применения. Зарплата должна напрямую зависеть, во-первых, от квалификации врача, а вот навыки и знания врач должен подтверждать. Еще один способ определения рейтинга каждого конкретного врача, а возможно его зарплаты — предпочтительнее его среди коллег пациентами. Сегодня эта возможность лишь декларируется органами здравоохранения.

У врачей, как и у любых других специалистов, должна быть материальная мотивация к качественной деятельности: зачем иначе им хорошо работать, читать книги посещать конференции?

От врача работающего на 3—4 работах, чтобы прокормить семью, невозможно сегодня требовать «качества». И ему же невозможно объяснить, почему нехорошо продавать пациентам БАДы и т. п. Низкая зарплата, конечно, не оправдывает плохую работу, но ее повышение является отличным стимулом для роста квалификации.

Если все же в медицине есть неравнодушные врачи, то в первичном звене их единицы. Даже придя на работу в поликлинику неплохими специалистами, постепенно они теряют квалификацию, навыки, да и совесть. Увы, сама «жизнь» в первичном звене корректирует специалиста не в лучшую сторону.

Конечно, в любом правиле есть исключения, не хотелось бы обижать знающих, ответственных и добросовестных людей. В любых организациях есть хорошие и плохие врачи, просто в первичном звене больше воз-

можностей для проявления самых худших сторон личности. И никакие литературные примеры самоотверженности врачей, оказывающих помощь, не могут скрасить печаль наших будней.

Кстати о книгах. Предположим, что есть и в поликлинике врачи, которые хотят быть квалифицированными специалистами, с чего им начать образовывать себя? Медицинские монографии, издаваемые в последнее время в России, вызывают у меня только отрицательные эмоции, уж очень «предвзятые» они, легко угадывается уклон, оплаченный определенной фарм-

В поликлинике лечиться...



компанией. Тем же пороком грешат рекомендации медицинских обществ. Многие из монографий вызывают законный вопрос: для чего они написаны? Для самоутверждения? Для денег? Выбирая из множества изданий, я как терапевт и кардиолог в последнее время все больше «склоняюсь» к 2-х томнику Харрисона. Зададимся вопросом, как отличить хорошую книгу от плохой? Для себя я выработал следующий метод: нужно открыть раздел, в котором ты хорошо разбираешься и попытаться оценить его. Если качество изложения меня устраивает, вероятность того, что и остальные разделы книги будут приемлемыми высока.

Я вообще не рекомендую участковому терапевту начинать свое самообразование с монографий, лучше уж в первую очередь знакомиться с зарубежными, ежегодно обновляемыми рекомендациями.

Потребуется, кроме книг, современные медицинские стандарты, без них оказание рациональной помощи становится все более проблематичным. Хорошие стандарты, на мой взгляд, это единственный реальный вариант поликлиническому врачу «угодить» и проверяющим инстанциям и, самое главное, больному. Хорошие — это значит современные, доказанные, понятные. И короткие. То есть, такие, как «таблички на столе под стеклом», которые можно увидеть в каждом врачебном кабинете. И необходимо заставить врачей их выучить, а специалистов каждый год стандарты обновлять.

Не стоит опасаться, что с внедрением стандартов врач станет «тупой машиной», выполняющей инструкции, ведь для того, чтобы применить необходимый стандарт, нужно сначала правильно поставить диагноз, именно для этого и нужно читать книги и думать.

Я как кардиолог регулярно сталкиваюсь с плохой дифференциальной диагностикой ИБС, с одной стороны гипер-, а с другой и гиподиагностикой. В последнее время в первичном звене инфаркты диагностируют неплохо, а вот стенокардию и сердечную недостаточность пропускают. Поликлинические врачи не хотят заниматься такой патологией, при которой нужно планомерно и регулярно отслеживать больного, тщательно лечить его. Исключение составляют лишь активные и мотивированные пациенты. Кардиологи в поликлиниках зациклились на «постинфарктных» больных и, грубо говоря, до остальных им нет дела. А ведь правильнее заниматься именно теми, кто еще не перенес инфаркт, и кому он только грозит. Кордарон назначается всем, кому можно, по поводу и без. Гиперхолестеринемией и аритмиями в поликлиниках вообще заниматься не хотят. Ни терапевты, ни кардиологи в поликлиниках не хотят рисковать, перестраховываются, проще направить всех подряд в стационар. Поликлинический врач даже функцию элементарного общения перестал выполнять, хотя бы потому, что невозможно за 12 минут расспросить и искренне расположить больного к себе.

Больные мечутся между терапевтом, который говорит, что он не разбирается в данной патологии, и кардиологом, который говорит, что все рекомендации уже выданы.

Пока поликлиника остается местом, где выписывают больничные, рецепты и направления в стационар, только не лечат больных. Совершенно очевидно, что первичное звено здравоохранения нуждается в реформировании, но пока в это активно не включились сами поликлинические врачи, результатов придется ждать долго.

проф. Д.А. Преображенский

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

«фармаций», фирмы-производители получили возможность продавать лекарства. Мелкими партиями, но зато во многие аптеки. Но фирменные лекарства были врачам не известны и потому необходимо было знакомить врачей с ними, чтобы те начали выписывать рецепты и рекомендовать лекарства покупать. Еще не было списков льготного отпуска, вся эта система только еще замышлялась. Начала появляться реклама и на телевидении, на радио и в прессе.

Чтобы продать лекарство в аптеку нужно было показать, что оно рекламируется. Этических ограничений

краткий текст, который они отбарабанивали на утренних планерках-пятиминутках-конференциях, вопросы задавать им было бесполезно, единственное, что они знали — это цену (почему то этот вопрос всегда задают врачи поликлиник, как будто они оценивают экономические аспекты продажи лекарств).

Рэпы есть у всех фирм, но некоторые фирмы сделали ставку именно на них, рекрутируя молодых, красивых, представительных, инвазивных, с харизмой, способных зомбировать. С репами проводятся специальные тренинги, где не столько расширяется кругозор, а идет натаскивание — как им общаться с врачами, чтобы заставить последних назначать нужные препараты. Несут ли репы врачам знания? — очень сомнительно, так как их рассказ всегда односторонний и ангажированный, а главное — они рассказывают с листа чужое, они — дикторы, а не комментаторы, их тексты выхолены. Врачи настороженно и недоверчиво относятся к этим посетителям, но те приходят и в кабинеты, дарят невинные сувениры и сердца врачей тают. А если за выписку рецептов платят «живые деньги», или приглашают участвовать в беспроигрышной лотерее, или стимулируют поездками «лучших» — выписавших наибольшее количество рецептов — врач еще долго будет помнить

Фарминдустрия на марше

в стране еще не было, но западные фирмы не могли позволить себе грубое нарушение этих международных норм. Они пошли по пути формирования отрядов медицинских представителей. Первыми репами были нередко профессора и преподаватели, но они не могли охватить много врачей, им на смену стали набирать молодых бойцов — нередко студентов последних курсов и выпускников ВУЗов. Приманивали зарплатой, перспективой движения по службе. Целые выпуски медицинских институтов оказались вовлеченными в эту деятельность, практически всем курсом, как раньше на фронт, уходила молодежь в «фармбизнес». Им давали выучить

тательно, так как их рассказ всегда односторонний и ангажированный, а главное — они рассказывают с листа чужое, они — дикторы, а не комментаторы, их тексты выхолены. Врачи настороженно и недоверчиво относятся к этим посетителям, но те приходят и в кабинеты, дарят невинные сувениры и сердца врачей тают. А если за выписку рецептов платят «живые деньги», или приглашают участвовать в беспроигрышной лотерее, или стимулируют поездками «лучших» — выписавших наибольшее количество рецептов — врач еще долго будет помнить

(Продолжение на стр. 3)



Одна из проблем современной поликлиники, о которой говорят мало, если говорят вообще — медицинские представители фармкомпаний — медрепы. Кто они, что они несут — пользу или вред — на самом деле вопрос не однозначный. Попробуем начать разговор, в котором, понятно, не будет точки — скорее размышления.

Рэпы появились в начале 90-х годов, точнее — в конце 92 года. Тогда, после эпохального приказа Минздрава № 42, предоставившего аптекам возможность стать самостоятельными и самостоятельно закупать лекарства, минуя централизованную систему различных

Закончилась сессия ангиологической и кардиологической секций МГНОТ за 2004 год.

15 и 16 декабря закончились заседания двух секций, чьи заседания посвящены были проблемам сердечно-сосудистой патологии. Всего каждая из секций провела по 6 заседаний, обычно на заседаниях присутствовало от 180 до 250 слушателей. Заседания были посвящены наиболее актуальным для практических врачей проблемам: гипертония, острый коронарный синдром, нарушения артериальной и венозной проходимости сосудов ног и т. д. Главной особенностью работы этих секций является междисциплинарный подход, дискуссионный характер заседаний, проведение заседаний в виде «круглых столов» на которых выступают специалисты различных профессиональных групп: ангио- и коронарные хирурги, эндокринологи, кардиологи, гемостазиологи, неврологи, терапевты, специалисты по интенсивной терапии и «скорой помощи». На заседаниях не раз происходило столкновение различных мнений, противопоставлялись данные научных исследований и общепринятых, но не до конца верных подходов.

Большая дискуссия, завязавшаяся по вопросу эффективности коронарного шунтирования выплеснулась на страницы «Медицинской газеты», где после отчета корреспондента Б. Нижегородского о заседании ангиологической секции известный журналист и врач Я. Брант ответил гневным выпадом: таблетками острый коронарный синдром лечат отсталые люди, хирургам все ясно давно, и доказательная медицина им не нужна. Перчатку поднял директор Российского отделения Северо-европейского Кохрановского центра, профессор В. В. Власов. Суть спора сформулирована следующим образом: «Преимущества хирургического лечения перед медикаментозным проявляются только у хирургов, которые много и успешно оперируют именно таких пациентов». У хирургов, выполняющих менее 300 АКШ в год результаты не такие блестящие — очень часто развиваются инсульты, инфаркты, кровотечения, эмболии и др. «Самую ощутимую пользу от вмешательства на сосудах получают больные с поражением одного круп-

ного сосуда и с тяжелой стенокардией. Прочие от хирургического лечения заметной пользы не получают (в сравнении с консервативным лечением)». Таким образом, вместо того, чтобы всем направо и налево рекомендовать АКШ или стентирование, необходимо четко выделить целевую группу, где



Я думаю...



Вручения сертификатов

это вмешательство несомненно полезно, группу, где эти операции не окажут существенного влияния на течение заболевания и наконец группу повышенного риска, где оперативное вмешательство будет нести очевидный вред.

После заседаний неформальное общение участников заседаний продолжается во время фуршета. Посетившим три заседания спонсорами представляются сувениры. По окончании, тем, кто посетил все шесть заседаний каждой из секций вручается сертификат с медицинской книгой, среди них разыграны были поездки на соответствующую кардиологическую и ангиологическую конференции, подписка на журналы «Клиническая геронтология». На обеих секциях было проведено анкетирование присутствующих с целью выявления причин их активного посещения заседаний: впечатление, что слушатели положительно оценили усилия организаторов. Даем варианты ответов в процентах ангио/кардио-сеции: актуальность обсуждаемых тем: 93/92; «живой» характер дискуссий во время заседаний 79/72; возможность продолжить дискуссию после заседания 41/32; фуршет 37/26 (честнейшие участники); подарки постоянным участникам заседаний 39/32; личности председателей секции 57/60. Особенно

важен был ответ на вопрос «мой приход на заседание стимулируют спонсоры» 14/4. Активность и усилия спонсоров (хотя из зала однажды раздался вопрос — «зачем они нужны?») по привлечению новых членов общества, по созданию благоприятной атмосферы небольшого праздника на каждом заседании, следует оценить весьма положительно. В конечном счете, мы делаем одну работу — стараемся повысить качество и доступность современной медицинской помощи нашим пациентам.

Представляется, что в новом, юбилейном году секции вновь поднимут острые и злободневные проблемы, а число заинтересованных участников заседаний не уменьшится. Как пожелали в анкетах слушатели — больше материалов исследований на базе Российских клиник и институтов, больше дискуссий с вовлечением в них присутствующих в зале, меньше статистических данных, больше практических советов, анализа ошибок простых врачей. Еще одно пожелание, чтобы выданные сертификаты носили не



Зал полон

только сувенирно-памятный характер, но и засчитывались при прохождении сертификационных циклов, является основанием для постановки этого вопроса в рамках реформирования последипломного образования в соответствие с Болонской декларацией.

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Начала работу новая секция: Человек и инфекция

07.12.2004 начала работу новая секция Московского городского научного общества терапевтов «Человек и инфекция». Некоторая пафосность названия обусловлена рассматриваемой проблемой: человек и возбудители живут вместе, неразлучны, влияют друг на друга, причем влияние инфекции на популяционном и индивидуальном уровне далеко не всегда осознается. Чего стоят только эпидемии, убивавшие еще совсем недавно больше людей, чем войны и голод. Чего стоит отбор малярийным плазмодием среди жителей средиземноморья носителей генов патологических гемоглобинов, приводящих к серповидно-клеточной анемии и талассемии.

XX век характеризовался переходом от созерцания к активным противоинфекционным мероприятиям. На первых порах удалось санитарно-гигиеническими, противоэпидемическими действиями, включая вакцинацию, решить проблемы многих массовых и особоопасных инфекций: уже упоминавшейся малярии, оспы, тифов, холеры, дифтерии, проказы, в значительной степени — туберкулеза и др. От одних болезней избавились полностью, другие стали редкостью, третьи видоизменились, стали не столь частыми, но значительно более тяжелыми.

Антибиотическая эра началась в середине 20-го века. Одной из самых ярких побед антибиотиков наряду с изменением прогноза туберкулеза и ликвидацией полиомиелита, можно признать почти полное исчезновение ревматизма с его тяжелыми пороками и сердечной недостаточностью в молодом возрасте, поздних стадий сифилиса. Под ударами медицинской науки инфекции отступали, но одновременно шел естественный отбор среди микробов наиболее устойчивых, на место бактерий пришли грибы и вирусы, появлялись малочувствительные штаммы.

На первом месте современной противоинфекционной терапии стоит задача терапии вирусных заболеваний. Успехи на этом поприще пока небольшие, реально появилась возможность влиять лишь на герпетическую инфекцию. Бурное развитие вакцинации не принесло радикальных побед над вирусной инфекцией. Вместе с тем, не ясны и новые подходы к вопросам, связанным с санитарно-противоэпидемическими мероприятиями, их потенциальная эффективность и соотношение затрат/эффективности. Может быть дешевле и эффективнее надеть на всех маски, как это сделали в юго-восточных странах и эпидемии гриппа прекратятся? Раз такой вопрос возник, его надо изучить.



Скажите, пожалуйста...



Первое не всегда комом

«простудных» заболеваниях, среди которых немало не только вирусных, но и бактериальных инфекций, нередко требующих антибиотикотерапии.

После окончания заседания поликлинические врачи окружили плотным кольцом докладчика и еще полчаса выспрашивали у него, как же поступать им в своей практике, учитывая не только научные рекомендации, но и предпочтения пациентов, на которые оказывают влияние, к сожалению, недобросовестные рекламодатели. Ответы на многие вопросы практического здравоохранения будут формироваться в процессе заседания новой секции.

Академии медицинских наук 60 лет

В Колонном зале Дома Союзов свободных мест не было. Событие, собравшее в одном зале столько врачей и ученых неординарно — Российской академии медицинских наук исполнилось 60 лет. Она была создана в тяжелейшие военные годы для того, чтобы объединить специалистов «выигравших войну». Сейчас мало вспоминают, что выиграла войну раненные, солдат на передовой воевал лишь несколько дней, большая часть оказывалась ранеными и попадали в руки военных медиков. Безукоризненная, эшелонированная медицинская помощь, организация которой уходит к великому Н. И. Пирогову, оказалась способной вернуть в строй подавляющее большинство раненых, увеличив, таким образом многократно человеческий ресурс Советской Армии. Стало понятно, что медицина является важнейшим стратегическим запасом страны.

50—60-е годы стали годами развития специализации в медицине, медицинская наука превращалась из теоретической в практическую значимую, ведущую составляющую здравоохранения. Многократно выросло значение организационных технологий. Все это привело к открытию новых отделений, созданию академических институтов и лабораторий, расширению географии Академии. Обо всем этом подробно рассказал в своем выступлении Президент РАМН академик В. И. Покровский.

С приветствиями к собравшимся обратились Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации М. Ю. Зурабов, член Совета Федерации Б. И. Шпигель, Председатель комитета по здравоохранению Государственной думы Яковлева Т. В. представители других отечественных и зарубежных академий. Все выступающие отметили большой вклад Российской академии медицинских наук в становление и развитие не только отечественного здравоохранения, но и здравоохранения других стран. Недаром отечественная система здравоохранения, носящая имя одного из основателей РАМН академика Н. А. Семашко до сих пор признается лучшей системой в мире. Хотя многое растерялось за прошедшие годы, сама система этапного здравоохранения, функционирующего на принципах непрерывности оказания медицинской помощи, профилактической ее направленности остается прежней. И проходящие реформы и модернизации, по счастью, не касаются этих незыблемых принципов.

Последовавшая вслед за торжественным заседанием научная сессия Российской академии медицинских наук была посвящена развитию педиатрии. На заседаниях этой сессии выступили многие известные отечественные ученые.

Не лишне отметить, что большинство членов Президиума Московского городского научного общества терапевтов и, соответственно, членов редакционного совета Вестника МГНОТ являются действительными членами и членами-корреспондентами РАМН.

(Начало на стр. 1)

и фирму, и лекарство, которое надо выписывать. По большому счету врачу более или менее все равно, что выписать — ингибиторы АПФ примерно одинаковые, нет сверхбольшой разницы между препаратами других рядов: выбор всегда можно обосновать. Для себя, для проверяющего, для больного. При этом ведь назначаются «хорошие» препараты, показанные больному, от его болезни. Да еще потом и приятность, презент — всем хорошо.

О чем же тогда речь? Полная идиллия. Но откуда врач может быть уверен в качестве назначаемого препарата? Ему ведь сказал об этом реп, а исследований сам врач не видел. Дальше, вместо лекарств стал по схеме сетевого маркетинга распространяться страшный продукт — биологически-активные добавки. Вспомним, не к ночи будь помянут, гербалайф. Вспомним сходки распространителей в молодежном клубе в Сокольниках — если кто задавал вопросы, могли и вывести из зала, а могли и воздействовать физически. Обстановка на этих сеансах была напряженной, но препарат разлетался. В это время врачи поликлиник обрабатывались репами «этических» производителей лекарств, учились продажности, сажались на крючок. И уже через несколько лет эта целевая группа распространителей заработала на полную мощь, доставая из стола (варианты из сейфа, шкафа, соседнего кабинета или киоска), оценив, предварительно, платежеспособность пациента, чудодейственное, натуральное, новое средство.

Винить врачей не стоит. Ведь появление сетевого маркетинга биологических добавок не случайно — это определенный этап развития современного рынка. Только обидно, что врачи оказались поставлены на одну доску с рыночными торговцами — никаких механизмов иммунитета им не дано — зарплата маленькая, законодательно — вакуум, добавки, вопреки законам, регистрировались Минздравом, давление со стороны рекламы и средств массовой информации — огромное. Научная общественность, медицинские авторитеты и вовсе молчат. Слабые попытки поговорить о доказательствах тонут в реве толпы — «не треба», «геть» — врач сам знает, видел десятки случаев, когда помогло Ивану Иванычу или Марье Петровне. Научные исследования — от лукавого, главное чтобы схема применения была посложнее — тогда точно поможет.

Что делать с этой ситуацией, ведь пока наверху говорят о высоких материях и технологиях практическое здравоохранение сползает в яму мракобесия, шаманства и мздоимства. Из этой ямы трудно вылезать, но нужно. Рецепта нет, не достаточно только поднять зарплату, о чем постоянно все твердят, здесь необходимы сложные законодательные, нормативные, этические инструменты, которые позволят прекратить беспредел медрепов. Простой призыв к запрету этой деятельности вряд ли сейчас оправдан, так как эти молодые люди кормят свои семьи и ничего другого не умеют. Но управлять ситуацией необходимо.

Гл. редактор П.А. Воробьев

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ ОТ 11.02.2004 г.

Председатель: член-корр. РАМН Е. Е. Гогин

Секретарь: к.м.н. Е. Н. Кочина

Повестка дня:

Профессор, академик РАЕН, Клюжев В. М.; профессор Симоненков А. П.; профессор, Ардашев В. Н., к. м. н. Врублевский О. Ю.; д. м. н. Карпун Н. А., Чернов М. Ю., Коротченко С. В. «Серотонин в лечении сердечно-сосудистой недостаточности у больных ишемической болезнью сердца, после кардиохирургических и обширных абдоминальных оперативных вмешательств». ГВКГ им. Н. Н. Бурденко.

В докладе обсуждается влияние гладкой мускулатуры сосудистого русла на развитие сердечно-сосудистой недостаточности, что послужило основанием к применению нового класса препаратов, первым представителем которого является серотонина адипинат, в лечении сердечно-сосудистой недостаточности у больных с неотложными состояниями. Проанализировано его применение у 80 больных ИБС и у 60 оперированных больных. Серотонина адипинат нормализует функцию гладкой мускулатуры независимо от того какими лигандами (антагонистами или агонистами) серотониновых рецепторов была вызвана ее дисфункция. Клиническими эффектами нормализации функции гладкой мускулатуры организма при введении серотонина адипината больным и раненым, являются: стабилизация гемодинамики; уменьшение тотальной гипоксии (гипоксемии); локальной гипоксии в различных органах, восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, начиная с первых часов послеоперационного периода. При введении серотонина адипината происходит улучшение сократительной активности гипокнетических зон миокарда у больных с различными формами ИБС. Одним из компонентов генеза «спящего» миокарда является возникновение локальной гипоксии миокарда в результате дисфункции гладкой мускулатуры коронарных сосудов, обусловленной нарушением физиологического взаимодействия серотонина с серотониновыми рецепторами гладкой мускулатуры.

Использование серотонина адипината патогенетически обоснованно для восстановления функции гладкой мускулатуры, что ведет к улучшению тканевой перфузии, коронарного кровотока, сократительной функции миокарда, газообмена в легких. Серотонина адипинат является специфичным (отличным от других) лекарственным средством, способным нормализовать функцию гладкой мускулатуры микроциркуляторного русла различных органов и систем организма. Применение серотонина адипината в качестве компонента интенсивной терапии у больных и раненых, находящихся в критическом состоянии, улучшает результаты их лечения, снижая при этом материальные затраты на лечение.

Вопросы докладчику:

Проф. Р. М. Заславская: «Как долго вы применяли серотонина адипинат у отдельного пациента?»

Ответ: «Нами применялся серотонина адипинат в максимальной дозе 380 мг/сут. Длительность введения определялась состоянием пациента, максимальный период в нашей клинике — 15 суток»;

«Какой эффект оказывает серотонин на сопротивление сосудов легких?»

Ответ: «Специальных исследований мы не проводили. Мы ориентировались на нормализацию индекса оксигенации (восстановление тонуса сосудов малого круга кровообращения).

Обсуждение.

Проф. Р. М. Заславская: «Серотонин очень активен, но действие его кратковременно. В опыте на животных давление в сонной артерии вначале повышается, затем снижается. Тонус артерий, бронхов резко повышается (модель бронхоспазма), резко повышается давление в легочной артерии (модель гипертонии малого круга).

Проф. А. П. Симоненков: «В начале наших исследований мы ознакомились с работами, о которых рассказала Р. С. Заславская. Парадокс заключается в том, что метаболизм се-

ротонина с образованием 5 — оксииндолуксусной кислоты у экспериментальных животных идет 1—1,5—5%, а у человека 5—10%, т. е. данные эксперимента на животных и клиника отличаются. Дозы препарата, применяемые у животных и человека отличаются — 10 мг серотонина в течение часа мы вводили пациентам 60 кг, а у мыши весом 200 гр. применяли 5 мг серотонина. Принципиально, что у человека серотонин не вызывает спазм гладкой мускулатуры. Гладкая мускулатура работает на серотонине, а сердечная на кислороде»;

Член-корр. РАМН Е. Е. Гогин: «Затронута одна из очень интересных проблем. Неудивительно, что за это взялся военный госпиталь. Ведь ряд проблем, с которыми сталкиваются военные врачи, редко встречается в других клиниках. Убедительно и аргументировано представлен докладчиком собственный материал. Проблема серотонина пока далека от практических врачей. Мы знаем, что действием серотонина обусловлен синдром Рейно. Одним из клинических проявлений карциноидного синдрома является покраснение лица, а это тоже действие серотонина. Вопрос влияния серотонина на кровообращение в фундаментальном плане не до конца изучен. У плода прекрасное кровообращение, но до 8—15 недели нет центральной регуляции кровообращения. До этого — ренин-ангитензиновая система и, по всей видимости, серотонин. Я с уверенностью могу сослаться на исследование около 3000 беременных женщин, облученных в Нагасаки. Облученные на сроке от 8 до 15 недель родились с дефектами ЦНС (микроцефалы и т. д.), до этого или после этого срока этого дефекта нет. Значит, управление всей геноминой осуществляется помимо ЦНС. Это еще малоизученная область».

Профессор Ардашев В. Н., профессор, академик РАЕН Клюжев В. М., д. м. н. Ардашев А. В. **Комбинированные методы лечения нарушений сердечного ритма и проводимости.** ГВКГ им. Н. Н. Бурденко.

В докладе представлены результаты лечения 500 больных с различными нарушениями ритма сердца и проводимости. Обсуждается комплексное лечение нарушений сердечного ритма и проводимости, включавшее традиционные медикаментозные подходы, электрическую абляцию путей проведения, электроимпульсную терапию и их комбинации.

Вопросы докладчику:

Проф. Р. М. Заславская: «Были ли у вас больные с синдромом Бругадо?»

Ответ: «2 больных с положительными результатами лечения»;

«Имеют ли значение размеры левого предсердия для больных мерцательной аритмией?»

Ответ: «Размеры камер сердца имеют значение при выборе метода коррекции. Абляция противопоказана, если размер левого предсердия более 60 мм»;

Заключение председателя: Это глубоко разработанный очень трудный раздел диагностики и лечения патологии сердца. Сегодня госпиталь предстал во всей красе, продемонстрировав два разных доклада. Первая тема поисковая, необычайно сложная, но в ней найдены практические моменты помощи конкретному пациенту. Оба доклада дают представление о высоком научном уровне работы госпиталя. Спасибо за внимание.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОГО СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ ОТ 18.02.2004 г.

Сопредседатели секции: акад. РАМН, ангиохирург А. В. Покровский; проф.-терапевт А. А. Кириченко; проф.-невролог В. А. Парфенов.

Секретарь: к. м. н. Л. А. Положенкова

Тема: «Диабетическая ангиопатия.

У семи нянек дитя без глаза».

Заседание открыл А. В. Покровский. Ежегодное увеличение количества больных сахарным диабетом и связанных

(Продолжение на стр. 4)

ИнтерНьюс

Ежегодно около 1,6 миллионов людей (большинство из них маленькие дети) умирают благодаря кухонному убийце — дыму извергаемому работающими печками и другими внутренними источниками огня — сообщила Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). О миллионах жертв распространенных инфекционных заболеваний знают все, тогда как загрязнение воздуха в помещениях является молчаливым и неизвестным обществу убийцей.

Почти половина пищи во всем мире приготавливается на древесине, кале сельскохозяйственных животных и угле. Эти виды топлива при сгорании выделяют ядовитый газ, который более чем вдвое увеличивает риск заболеваний органов дыхания типа бронхита, пневмонии. Женщины и дети в слабо развитых странах во время приготовления пищи на кухнях вдыхают окись углерода и другие токсичные газы в концентрациях в 7,5 тыс. раз превышающих предельно допустимый уровень.

Количество дыма, который вдыхают в течение дня на примитивной кухне, равносильно выкуриванию двух пачек сигарет в день.

Благодаря кухонному убийце, каждые двадцать секунд погибает один человек. По мнению ВОЗ, единственный способ сберечь их жизни — заменить твердые топлива, используемые для приготовления пищи на более современные источники тепла.

Источник: Mednovosti.ru

Сочетание кофе и сигареты более опасно, чем каждая из составляющих этой комбинации по отдельности!

Изучая кратко- и долгосрочные эффекты сочетания курения и употребления кофе, греческие ученые из Афинской Школы Медицины, во главе с д-ром Караламбосом Влачопулосом обнаружили, что эти две вредные привычки обладали синергическим негативным эффектом на жесткость аорты и скорость пульсовой волны. В первой части своего исследования они анализировали острые эффекты сочетания одной сигареты и потребления 200 г кофеина (эквивалент двух чашек кофе) у 24 здоровых мужчин и женщин. Выяснилось, что сочетание сигарет и кофе достоверно изменяло как скорость пульсовой волны, так и жесткость артериальной стенки. При изолированном потреблении кофе или курении скорость пульсовой волны достигала 0,33 м/с и 0,35 м/с, при их сочетании — 0,85 м/с. Коэффициент податливости артериальной стенки составлял, соответственно, 4%, 4,2% и 17,4%. Дальнейшее изучение хронических эффектов сочетания курения и кофе у 97 курящих любителей кофе, 41 некурящего кофемана и 20 людей, которые не курили и не употребляли кофе, продемонстрировало аналогичную тенденцию. Кроме того, была отмечена достоверная корреляция между хроническим потреблением кофе и курением и индексом субэндокардиальной жизнеспособности (даже после поправки на частоту сердечных сокращений), периферическим диастолическим и средним давлением, центральным систолическим и диастолическим давлением, а также с центральным венозным давлением (пограничная статистическая значимость).

Как признают авторы в очередном номере Journal of the American College of Cardiology, причины такого взаимодействия между потреблением кофе и курением остаются неясными. Возможно, причина — во влиянии на обмен аденозина и/или высвобождение катехоламинов. По словам греческих исследователей, жесткость аортальной стенки и скорость пульсовой волны являются предикторами сердечно-сосудистого риска, поскольку определяют состояние функции левого желудочка, коронарной перфузии (особенно при имеющейся коронарной недостаточности) и стенок артерий. Поэтому нередкое сочетание кофе и сигарет может оказывать весьма неблагоприятное действие на сердечно-сосудистое здоровье.

Источник:

J. Am. Coll. Cardiol. 2004; 44: 1911—7.

ИнтерНьюс

Чтобы похудеть, нужно больше спать и завести собаку

Оказывается, для того, чтобы быстро похудеть, нужно... как можно больше спать и завести собаку. К такому неожиданному выводу пришли ученые из Североамериканской Ассоциации по борьбе с избыточным весом.

Как показали проведенные ими исследования, люди, которые спят 4 часа в сутки и меньше, страдают избыточным весом или даже ожирением на 73% чаще, чем те, кто нормально высыпается, то есть, спит каждую ночь не менее 8 часов. Три недостающих часа сна увеличивают вероятность появления избыточного веса на 50%, два часа — на 23%. Кроме того, ученые неожиданно для себя обнаружили, что участники, у которых были домашние животные (в первую очередь собаки), страдали ожирением и избыточным весом несколько реже, чем те, кто обходился без четвероногих друзей. Кроме того, им быстрее удавалось похудеть с помощью диеты.

Доктор Стивен Хеймспилд из Колумбийского Университета, один из авторов этого исследования сообщил, что при ближайшем рассмотрении ничего удивительного в полученных результатах нет. Ученым давно известно, что недостаток сна провоцирует развитие нарушений метаболизма, которые, в свою очередь, ведут к накоплению жиров и появлению избыточного веса. Что же касается домашних животных, то, скорее всего, их «лечебно-профилактический» эффект связан с повышением уровня физической активности их хозяев. Ведь собак нужно выгуливать, о них нужно заботиться, и времени на отдых с чипсами перед телевизором остается меньше, чем обычно.

В качестве исходных данных ученые использовали результаты широкомасштабного исследования «National Health and Nutritional Examination Survey», организованного американским Национальным институтом здоровья в период с 1980 по 2000 годы. Всего в нем приняли участие более 18 тысяч человек.

Источник:
KM.RU: Здоровье

Для геморрагического и ишемического инсультов характерны различные варианты суточных ритмов артериального давления.

Представляя полученные данные на ежегодной научной сессии Американской Кардиологической Ассоциации, д-р Хирохито Метски и его коллеги (Университет Tohoku, Sendai, Япония) отметили, что ночное снижение и утренний подъем артериального давления более характерны для пациентов с внутрисердечным кровоизлиянием, а нарушения циркадного ритма артериального давления — для больных с инфарктом головного мозга.

Японские ученые наблюдали за 1430 пациентами исходного возраста 40 лет и старше в течение 10,4 лет. При суточном мониторингировании регистрировались 4 варианта суточного профиля артериального давления: «dippers» — снижение артериального давления ночью на 10—19%; «non-dippers» — снижение на 0—9%; «inverted dippers» — ночной подъем артериального давления; «extreme dippers» — снижение более чем на 20%. Также регистрировалась степень утреннего подъема артериального давления — различия уровня за 2 ч до пробуждения и сразу же после него. В целом, риск инсульта от суточного профиля артериального давления ночью не зависел. Однако геморрагический инсульт вдвое чаще развивался в группе «extreme dippers», чем в остальных трех группах. Кроме того, риск геморрагического инсульта был достоверно больше у лиц с утренним подъемом артериального давления на 25 мм рт. ст. и выше. Эта связь не зависела от сопутствующей антигипертензивной терапии. Напротив, ишемический инсульт чаще регистрировался в группе «inverted dippers», а утренний подъем артериального давления на частоту этого вида инсульта не влиял.

Источник:
American Heart Association's Scientific Sessions 2004:
New Orleans, Louisiana;
7—10 November.

(Начало на стр. 3)

с ним осложнений диктуют необходимость обратить внимание врачей всех специальностей на данную патологию. Сосудистые заболевания существенно чаще встречаются у больных страдающих сахарным диабетом и течение в таких случаях более агрессивное. Так, например, поражение магистральных артерий нижних конечностей при сахарном диабете встречается в 3—5 раз чаще, чем в общей популяции, а частота критической ишемии еще выше. Можем ли мы повлиять и изменить ситуацию? Необходимо стремиться к этому. Ведь сосудистая патология является междисциплинарной наукой, что порой приводит к разобщенности методических подходов в диагностике и лечении таких больных. В Москве в каждом округе созданы специальные кабинеты диабетической стопы, однако до сих пор взаимодействие между специалистами, занимающимися этим синдромом, отсутствует. Чтобы врачи всех специальностей говорили на одном языке, мы сегодня снова собрались вместе.

1. Г. Л. Галстян (ЭНЦ РАМН).

«Диабетическая ангиопатия. Профилактика сосудистых катастроф — мифы и реальность». В докладе обращено внимание на прогрессивное увеличение сахарного диабета с каждым годом. Лица молодого и среднего возраста заболевают сахарным диабетом значительно чаще. Сахарный диабет II типа составляет 90%. Отмечено также, что при выявлении сахарного диабета впервые, уже имеют место макро и микрососудистые осложнения. Докладчик заострил внимание врачей на факторах риска сахарного диабета: ожирение, артериальная гипертензия, нарушение липидного обмена и курение. Подробно изложены методы диагностики сахарного диабета. Уровень гликемии натощак должен составлять — 6 ммоль/л; гликозилированный гемоглобин 3—5%.

Лечение сахарного диабета дорогостоящее, но следует знать, что лечение его осложнений в 5 раз дороже. Рассчитывать только на эффект медикаментозной терапии нельзя. Лечение сахарного диабета начинают с диеты, если компенсации не удается достичь, то назначают сульфаниламид мочевины и только при отсутствии эффекта от других сахароснижающих препаратов переводят больного на инсулин. Существует программа лечения сахарного диабета, выполнение которой приводит к компенсации сахарного диабета и предупреждает возможное развитие осложнений. Особое внимание в докладе уделено лечению синдрома диабетической стопы. Эта нозологическая форма неоднородна. Существует нейропатическая, нейроишемическая и ишемическая форма. Только точная диагностика и определение формы синдрома диабетической стопы помогут справиться с этим тяжелым осложнением, т.к. лечение принципиально отличается.

Вопросы к докладчику:

1. «Что плохого для пациента при переводе его на инсулин и что плохого для врача в таких случаях?»

Ответ: «Пациента следует предупредить о возможном развитии гипогликемических состояний и прибавлении массы тела. Врач должен убедить больного в необходимости такого обременительного лечения и разъяснить, что перевод на инсулин не означает тяжелое течение сахарного диабета, в то же время предупредить больного о возможном развитии драматических осложнений.»

2. «Какой идеальный уровень гликемии?»

Ответ: «Натощак — 6—6,5 ммоль/л, после еды — 8,5—9 ммоль/л.»

3. «А почему не 5,5 ммоль/л?»

Ответ: «Это сопряжено с тем, что при более низком уровне чаще может наступить гипогликемия, не менее опасная, чем гипергликемия.»

2. Проф. А. В. Чупин (институт хирургии им. А. В. Вишневского РАМН). «Возможности сосудистой хирургии в лечении диабетической стопы». В докладе подробно освещается клиника, диагностика и лечение синдрома диабетической стопы, который занимает одно из ведущих мест среди осложнений диабета. Поражения магистральных сосудов нижних конечностей у больных сахарным диабетом встречаются в 3—5 раз чаще, чем в общей популяции, а частота «критической» ишемии на порядок выше. 40—50% ампутаций нижних конечностей по поводу периферической артериальной недостаточности выполняется у больных сахарным диабетом и к «большим» ампутациям прибегают в 11 раз чаще, именно у данной категории больных. Далее в докладе подробно приведены клинические симптомы, классификация синдрома диабетической стопы, особенности инструментальной диагностики и лечения данного тяжелого осложнения. Диагностика проводится в двух направлениях: во-первых, оценивается общее состояние больного и, во-вторых, степень поражения сосудистого русла конечности. Подробно приведена схема консервативного лечения синдрома диабетической стопы, сформулированы показания к оперативному вмешательству, включая ампутацию конечности. Консервативное лечение диабетической ангиопатии начинают с компенсации диабета (снижение уровня гликемии натощак до 5,5 ммоль/л, устранения метаболических расстройств, мероприятий, направленных на устранение макро- и микроангиопатии стопы и др.). Особое внимание обращено на лечение синдрома диабетической стопы вазопропаном, который сделал прорыв в консервативном лечении. Результаты собственных наблюдений показали, что эффект вазопропана в таких случаях составляет 92%. В докладе приведены результаты реконструктивных сосудистых операций у больных сахарным диабетом с поражениями магистральных сосудов нижних конечностей, сформулированы показания к ампутации.

Вопросы к докладчику:

1. «Нужна ли всем больным с синдромом диабетической стопы ангиография?»

Ответ: «Нет, только если больной синдромом диабетической стопы готовится к операции.»

2. «Почему больным с синдромом диабетической стопы, осложненной гангреной, назначается антибиотикотерапия?»

Ответ: «Антибиотикотерапия проводится только при влажной гангрене.»

Выступление оппонентов:

Главный эндокринолог г. Москвы М. Б. Анциферов: В Москве 182000 больных сахарным диабетом, 420000 с различной другой эндокринной патологией. Обратил внимание врачей на частое развитие тяжелых осложнений сахарного диабета, особенно у лиц молодого возраста. 42000 пациентов получают инсулин, из них 16% в Москве. Проблема сахарного диабета уделяется большое внимание: 400 эндокринологов работают в специализированных отделениях и поликлиниках и т. д. В каждом округе Москвы созданы кабинеты диабетической стопы, школы для больных сахарным диабетом. Вместе с тем частота осложнений сахарного диабета остается высокой. В Москве ежегодно проводится 230 ампутаций конечностей — это очень много. Далее в своем выступлении перечислил медицинские учреждения, где занимаются сосудистой патологией у больных с сахарным диабетом: больница № 57, 20, 67, 36; отделение критической ишемии в институте им. А. В. Вишневского.

Проф. В. А. Парфенов (ММА им. И. М. Сеченова). В своем сообщении остановился на диагностике и лечении нейропатической формы диабетической стопы. Обращено внимание врачей на такой факт: контроль гликемии при лечении больных обязателен, однако уровень сахара в крови не влияет на неврологический статус.

Проф. А. А. Кириченко призвал, прежде всего, терапевтов больше обращать внимание на больных сахарным диабетом и тем более с осложненными формами. Эндокринолог осматривает больного с сахарным диабетом один раз в неделю, а этого мало. Контроль за диетой отсутствует, не уверен, что школа больного сахарным диабетом справляется со всеми задачами. Мы все вместе должны восполнять имеющийся пробел по проблеме сахарного диабета.

Постоянный оппонент проф. П. А. Воробьев (ММА им. И. М. Сеченова) сообщил участникам заседания о том, что существуют стандарты по лечению диабетической стопы, в которых рассматриваются, главным образом вопросы податрической помощи, но они находятся на стадии утверждения в МЗ РФ. Кроме того, призвал врачей обратить внимание на ингибиторы АПФ, которые могут быть полезны для лечения, т. к. 50—60% больных сахарным диабетом страдают артериальной гипертензией, а препараты эти обладают ангиопротективной активностью.

Заключение.

А. В. Покровский еще раз подчеркнул, что лечение синдрома диабетической стопы необходимо начинать только с оценки общего состояния больного, коррекции метаболических расстройств, настойчивого разъяснения больному, что грозит ему при развитии этого состояния, какая должна быть оптимальная цифра гликемии натощак (по его мнению не выше 5,5—6 ммоль/л), «не лениться» осматривать нижние конечности, прощупывать пальпацию сосудов, аускультацию сонных артерий и т. д. — вот только так можно будет предупредить тяжелые осложнения диабета (инсульты, инфаркты миокарда, диабетическую стопу), с которыми приходится работать врачам всех специальностей. В заключении представляем анкету с вопросами, которые были заданы врачам — участникам заседания и их ответы (даны в скобках). Приводим ответы слушателей (112 респондентов) по некоторым вопросам, представленным в анкете. Выберите, пожалуйста, по одному ответу на каждый вопрос:

	Абс.	%
Всего	112	100
Какой процент от всех Ваших пациентов составляют пациенты с диабетической ангиопатией		
До 5 %	44	39
От 5 до 20	40	36
От 20 до 50	16	14
Более 50	13	12
Какие значения сахара крови с Вашей точки зрения являются достижимыми у пациентов, страдающих сахарным диабетом		
А. Натощак		
До 6 ммоль/л	62	55
До 8 ммоль/л	42	38
До 10 ммоль/л	7	6
А. После еды		
До 8 ммоль/л	37	33
До 10 ммоль/л	46	41
15 ммоль/л	7	6
Какой метод Вы выберете для скрининговой диагностики поражения артерий нижних конечностей у пациентов, страдающих сахарным диабетом		
Реовазография	21	19
Ультразвуковая доплерография	36	32
Пальпация пульсации артерий + ультразвуковая доплерография	72	64
Жалобы на перемежающуюся хромоту	19	17

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
ОТ 26.02.2004 г.**

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

Секретарь: к. м. н. Л. А. Положенкова
«Артериальная гипертония —
лечим дешево или эффективно?»

Заседание открыл Ю. Н. Беленков. Артериальная гипертония, как причина смертности, занимает лидирующее место среди другой сердечно-сосудистой патологии и регистрируется у 40% взрослого населения. У лиц с артериальной гипертонией в 3—4 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца и в 7 раз — мозговой инсульт. Экономический ущерб, наносимый артериальной гипертонией и ее осложнениями, составляет ежегодно несколько млрд. руб. Однако только в последние годы начали заниматься проблемой артериальной гипертонии серьезно. Созданы и реализуются программы по профилактике артериальной гипертонии и стандарты рациональной диагностики и оптимальной терапии, что снизило смертность от ее осложнений на 17—20%.

1. Проф. И. Е. Чазова (РК НПК МЗ РФ)

В докладе обобщен собственный опыт комплексного лечения артериальной гипертонии. Лечение рекомендовано начинать с предупреждения больных о факторах риска развития артериальной гипертонии. К ним, как известно, относятся: курение, ожирение, сахарный диабет, гиперхолестеринемия и др. Только исключение этих факторов риска и изменение образа жизни при выявлении артериальной гипертонии, значительно снижает возможное развитие серьезных осложнений (инфаркт миокарда, инсульт и др.). Обращено особое внимание на то, что эти мероприятия бесплатны. Если не удастся достичь «целевого» уровня артериального давления (140/90 мм рт. ст.) рекомендуется медикаментозная терапия. В настоящее время существует 7 классов антигипертензивных препаратов, обладающих сопоставимой гипотензивной активностью. Результаты многочисленных исследований показали преимущества каждого из них, что порой невозможно оценить с экономических позиций. Новые заболевания (например, подагра), развивающиеся у больных с артериальной гипертонией на фоне приема диуретиков, диктуют необходимость подбора препарата в каждом конкретном случае. Цена лекарства не всегда определяет его эффективность. В докладе отмечено, что комбинированная терапия артериальной гипертонии (до трех препаратов) наиболее эффективная и в 3,2 раза дешевле монотерапии.

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

Артериальная гипертония по-прежнему занимает первое место среди сердечно-сосудистой патологии и поражает людей работоспособного возраста. Вместе с тем, до сих пор, как больные, страдающие артериальной гипертонией, так и практикующие врачи недостаточно ориентированы в вопросах ее диагностики и лечения. Результаты собственных наблюдений автора показали, что только 24—30% больных выполняют назначения врача; 40% — меняют терапию без согласования с врачом. Отсюда следует делать соответствующий вывод. Особое внимание обращено на то, что эффективное лечение дешевым быть не может. Например, лечение артериальной гипертонии диуретиками в 4 раза дешевле лечения другими гипотензивными средствами. Однако у пожилых больных артериальной гипертонией данные препараты чаще, чем ингибиторы АПФ вызывают почечную недостаточность и т. д. Оценивать препарат только с экономических позиций при необходимости лечения артериальной гипертонии неправильно, т. к. его эффективность и безопасность может превосходить другие гипотензивные средства.

3. Проф. А. Я. Ивлева (поликлиника № 1 УД Президента РФ).

В докладе отмечено, что не все лекарственные препараты, даже из одной фармакологической группы, одинаково эффективны. Так, установлено, что бета-адреноблокаторы со свойствами частичных агонистов, например, окспренолол (тразикор) уступают по способности предупредить вне-

запную смерть и частоту повторных инфарктов миокарда у пациентов с ИБС и артериальной гипертонией. Напротив, липофильные бета-адреноблокаторы, в частности метопролол наиболее эффективны в плане риска снижения внезапной смерти у данной категории больных. Более того, имеет значение лекарственная форма в которой препарат используется. Современная лекарственная форма метопролола, обеспечивая терапевтическую концентрацию препарата в течение суток, имеет и новые фармакологические свойства. В этой связи проблема использования препаратов — генериков для клиницистов — это проблема пока еще не установленной их клинической ценности.

4. А. А. Сенкевич (главный информационный спонсор журнала Атмосфера — кардиология)

В XIX веке производилось 2 препарата в год, а наш век характеризуется бурным развитием фармакологической промышленности. За последний год в мире произведено более 300000 наименований препаратов. Практическим врачам ориентироваться в выборе препарата бывает сложно и не всегда это продиктовано ценой. Существует несколько классов гипотензивных препаратов, как оригинальных, так и генериков. С 2002 г. по 2003 г. рынок препаратов для лечения артериальной гипертонии вырос на —19%, цена их разная и она не всегда указана на упаковке. В докладе были перечислены новые гипотензивные средства с указанием их цены.

Вопросы.

Вопрос И. Е. Чазовой:

Имеет ли значение сахарный диабет для прогноза артериальной гипертонии?

Ответ:

Да, продолжительность жизни больных в таких случаях короче на 5—10 лет.

Вопрос М. Г. Глезера:

При назначении гипотензивных препаратов Вы предпочитаете комбинированную или монотерапию?

Ответ:

Обработав 100 анкет опроса врачей с назначением лечения больным артериальной гипертонией отметили, что только 4 человека предпочитают монотерапию. Мнение большинства правильное.

Вопрос:

Как Вы относитесь к адельфану?

Ответ:

Перечислив недостатки и достоинства препарата, заметила, что если есть эффект и больной к нему «привязан», лечение целесообразно продолжать.

Заключение председателя.

Поблагодарил докладчиков за прекрасные доклады и участников заседания терпеливо выслушавших столько сообщений. Подчеркнул еще раз, что больной должен делать выбор любого препарата, в том числе гипотензивного, сам. Врач, назначая больному лечение артериальной гипертонии, должен помнить основное — препарат должен быть эффективным и безопасным, а не считать деньги в кармане больного.

В заключении приведены ответы слушателей (88 респондентов) по некоторым вопросам, обсуждавшимся на заседании и представленным в анкете.

ЗАДАЧА

Какое лечение Вы назначите пациентке 77 лет.

Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадия (изолированная систолическая гипертония).

Имеется гипертрофия левого желудочка миокарда 118 г/м².

Микроальбуминурия 65 мг/сут.

В анамнезе: транзиторная ишемическая атака 3 месяца назад.

При осмотре: артериальное давление 180/75 мм рт. ст.

Систематического лечения не получает.

10% опрошенных предложили медикаментозное лечение в режиме монотерапии, 90% — в режиме комбинированной терапии

Респонденты посчитали, что данной пациентке целесообразно назначить, препараты следующих групп:

диуретики (29%);

β-адреноблокаторы (15%);

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (30%);

антагонисты кальция (15%);

антагонисты рецепторов ангиотензина II (1 типа) (3%);

α-адреноблокаторы (1%);

агонисты центральных α₂-адренорецепторов (1%);

комбинированные формы (6%).

ИнтерНьюс

10 и 12 декабря ассоциацией флебологов России было проведено два научно-практических мероприятия, посвященных проблеме тромбозов глубоких вен: от теории к практике и рабочее совещание с представителями Российских регионов, посвященное внедрению отраслевого стандарта Протокол ведения больных: «Профилактика тромбозов глубоких вен: легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах». В работе этих конференций активное участие приняли академики В.С. Савельев, В.И. Кулаков, Ю.Н. Беленков, член-корреспондент А.И. Кириенко, профессора П.А. Воробьев, Н.В. Загородний, Б.Р. Гельфанд и др.

Проблема тромбозов актуальна для врачей различных специальностей. Наряду с драматической тромбоэмболией, приводящей к внезапной смерти, нередки случаи тромбозов мелких ветвей легочной артерии, проходящие клинически незаметными, но вызывающими развитие пневмонии, нарушения легочной вентиляции и т. д. Массивная тромбоэмболия на вскрытии выявляется гораздо чаще, чем диагностируется — на 1 диагностированную при жизни приходится примерно 3 обнаруженные патологоанатомом. Достаточно сказать, что ее обнаруживают почти у половины больных с сердечной недостаточностью, подвергнутых аутопсии. Тромбозомболия главная причина смерти при инсульте, в послеоперационном периоде у больных с опухолями. Ее вероятность повышается с возрастом и при сахарном диабете.

Тромбозомболию можно профилировать. При невысоком риске обязательно ношение специального трикотажа, чулок, бинтование ног, ранняя активация, специальные «дренирующие» упражнения стоп и мышц голени. В более сложных ситуациях к этим мероприятиям добавляются гепарины, в первую очередь — низкомолекулярные, для длительной профилактики, например у обездвиженных больных применяют варфарин под контролем МНО.

Основной задачей предстоящего года становится мониторинг эффективности внедрения Протокола. Он был издан многотысячным тиражом и практически доступен в медицинских организациях. Однако далеко не везде он исполняется, нередко под разговоры о том, что нет денег. А лечить тяжелых больных с послеоперационной тромбоэмболией или пневмонией деньги есть?

Ассоциация флебологов России предполагает создать сайт — врачи против тромбоза — под именем tromboz.net на котором планируется вести общение специалистов в области предупреждения и лечения тромбозов.

Собственная информация

Ранее считалось, что некоторые хирургические методы лечения болезни Меньера, например операция на эндолимфатическом мешочке, мастоидэктомия избавляют от головокружения, но не влияют на уровень слуха.

Австрийские ученые П. Франц и коллеги попытались оценить долгосрочные эффекты удаления некоторых мышц среднего уха (тенотомии) на симптомы болезни Меньера, в том числе на слуховую функцию.

Результаты многочисленных исследований убедили авторов в том, что операция по секционированию tensor tympani и сухожилий мышцы stapedius значительно уменьшила частоту и интенсивность головокружения, а также устранила звон в ушах. Результаты аудиометрии после данного хирургического вмешательства свидетельствовали об улучшении слуха.

Как пишут врачи в журнале Acta otolaryngologica, тенотомия — успешное и эффективное терапевтическое средство для лечения слуховых и вестибулярных нарушений при болезни Меньера.

Источник: AskDoctor.ru

Как стать членом общества? – Просто приходите на заседание.

На пленарном заседании Вы можете сдать членские взносы и стать действительным членом Московского городского научного общества терапевтов. На заседаниях кардиологической, онкологической секции, секции «человек и инфекция» Вы можете зарегистрироваться в базе данных и получить бесплатно эту газету. Став членом общества — пригласи товарища. Общество терапевтов — для всех терапевтов. Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, заполнив таблицу:

Став членом общества — пригласи товарища.

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.

ИнтерНьюс

Авралы на работе могут повышать риск инфаркта миокарда, предупреждают шведские исследователи.

Так, у мужчин риск впервые развившегося инфаркта миокарда через 24 ч после выполнения срочных заданий в 6 раз выше, чем при работе в более спокойной обстановке. О связи эмоционального стресса и развития инфаркта миокарда речь шла давно, отмечают д-р Джетте Моллер и коллеги (Институт Karolinska, Швеция) в Journal of Epidemiology and Community Health. Для уточнения роли стресса на рабочем месте в развитии ИБС, авторы проанализировали данные участников исследования SHEEP (Stockholm Heart Epidemiology Program) — лиц в возрасте 45—70 лет. Они включили в анализ 73% нефатальных случаев инфаркта миокарда ($n = 1831$) и группу контроля ($n = 1697$). Оказалось, что риск инфаркта миокарда у мужчин повышался на 80%, если за предшествующие 12 месяцев они сталкивались с конфликтными ситуациями на работе. Повышение ответственности на работе, воспринимаемое негативно, также увеличивало риск инфаркта миокарда — в 6,3 раза у мужчин и в 3,8 раза у женщин. Приблизительно 8% обследованных перенесли то или иное стрессогенное событие на работе за день до развития инфаркта миокарда.

По словам шведских ученых результаты исследования требуют дальнейшего подтверждения. Тем не менее, с патофизиологических позиций (изменения гемодинамики, разрыв бляшки), связь стресса на рабочем месте и развития инфаркта вполне объяснима.

Источник:

J. Epidemiology Community Health.
2004; 59: 23—30.

Рандомизированное двойное-слепое плацебо-контролируемое интервенционное исследование не выявило протективный эффект витамина E у лиц с сочетанием курения и высокой массой тела.

В исследованиях *in vitro* отмечено, что антиоксиданты подавляют свободные радикалы и уменьшают некоторые аспекты биомолекулярного повреждения, вызванных курением сигарет. В рандомизированном двойном — слепом плацебо — контролируемом интервенционном исследовании, проведенном School of Public Health and Department of Nutritional Sciences, University of California; Vanderbilt University, Division of Clinical Pharmacology; Department of Biomedical Research, Our Lady of Mercy Medical Center; University of California Davis School of Medicine; Department of Nutrition and Food Management, Linus Pauling Institute, Oregon State University, and Department of Molecular Pharmacology and Toxicology, University of Southern California (США) исследовалось, уменьшает ли витамин С или антиоксидантная смесь, содержащая витамин С, липоевую кислоту и витамин Е уровни в плазме F2 — изопростанов, индекс окислительного стресса у курильщиков. Было обследовано 126 курильщиков (со средним возрастом 46 лет; возрастная диапозон 20—78 лет). У курильщиков с индексом массы тела выше средней величины 2-месячное ежедневное дополнение с 500 мг витамина С уменьшило уровень в плазме F2 — изопростанов до уровня, который был достоверно ниже, чем в плацебо — группе; уровни в группе смесей снизились, но недостоверно. Не имелось никакого эффекта лечения у курильщиков с низким индексом массы тела. Антиоксиданты уменьшают связанные с курением перекисного окисления липидов, маркеры окислительного стресса у людей с высоким индексом массы тела. Потребление антиоксидантов может предотвращать связанные с курением болезни.

Источник:
Vitamini.ru

Уважаемые коллеги, читатели журнала

«КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»,

подписаться на наш журнал вы можете:

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

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

Бланк-заказ на подписку журнала на 2005 год в редакции

(журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие		II полугодие										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		Номера журнала												
		80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
		ИТОГО: (впишите сумму)												

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

Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И. М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология».

Тел./факс (095) 118-74-74 E-mail: mtpndm@dol.ru

РЕКВИЗИТЫ: Банк-получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, КПП 770 201 001, Кс 301 018 100 000 000 005 05, Рс 407 028 105 000 000 004 85, БИК 044 579 505

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Большой С., 72 лет был госпитализирован в стационар поздно вечером в связи с нарастающим интенсивным разлитым болей за грудиной. В анамнезе — острый инфаркт миокарда, перенесенный 2 года назад.

При поступлении на кардиограмме в отведениях I, V1 зарегистрирован отрицательный зубец T, V4-V6 — подъем сегмента ST и «коронарный» зубец T. К сожалению у больного не было старых электрокардиограмм, в связи с чем уточнить характер изменений на ЭКГ не представлялось возможным.

Учитывая наличие яркой клинической картины, лечащий врач поставил диагноз — рецидив острого инфаркта миокарда. Проведена экстренная терапия, включающая в себя обезболивание и нитраты, после чего болевой синдром успешно купировался. Больному была назначена дальнейшая консервативная терапия согласно существующим стандартам.

На следующий день при осмотре обращало на себя внимание относительно удовлетворительное состояние пациента, а именно: отсутствовали жалобы, даже незначительные боли в грудной клетке не повторялись. При регистрации ЭКГ динамики не было. При осмотре обнаружена некоторая болезненность в правой половине живота, отсутствовавшая на момент поступления, без симптомов раздражения брюшины.

Следует отметить, что у больных старческого возраста, особенно при стационарном лечении отмечается высокая частота запоров, сопровождающихся болями в животе, болезненностью при пальпации. У больного задержка стула составляла около 1,5 суток.

Не смотря на кажущуюся типичность картины инфаркта при поступлении, а также очевидную на первый взгляд объяснимость болей в животе, лечащий врач посчитал необходимым назначить плановую консультацию хирурга.

На следующий день был получен результат общего анализа крови с лейкоцитозом $12,2 \times 10^9 /л$, без палочко-ядер-

ного сдвига, при осмотре — локальное напряжение мышц живота справа, резкая болезненность при пальпации, слабо-положительный симптом Щеткина-Блюмберга на фоне стабильной гемодинамики, при отсутствии одышки и кардиалгий. Осмотр проводился врачом утром, плановой консультации хирурга к тому времени произведено еще не было. При срочном вызове в палату, хирургом заподозрен у больного острый аппендицит с признаками раздражения брюшины. Поставлен вопрос о проведении экстренной операции.

В данной истории болезни интерес представляет именно ситуация диагностического выбора на момент поступления: острый инфаркт миокарда и острый аппендицит, может ли большой перенести оперативное вмешательство? Когда его необходимо производить? Если же пренебречь операцией, вероятность развития перитонита с последующим летальным исходом 100%? Организационная сложность заключалась в том, что при наличии у больного острого инфаркта миокарда на момент поступления, врачи-хирурги категорически отказывались брать пациента на операционный стол.

В результате больной был переведен в хирургическое отделение с диагнозом ИБС: стенокардии напряжения 2ФК, постинфарктный кардиосклероз, а данные ЭКГ, с учетом отсутствия их динамики и нормальных показателей ферментов крови, были расценены как наличие постинфарктных рубцовых изменений. В итоге у больного было обнаружено атипичное расположение гангренозного аппендицита, который и повлек за собой клиническую симптоматику, описанную выше.

Урок данной истории болезни больного еще и в том, что врач-терапевт, даже при наличии типичной картины заболевания, субъективной стабильности пациента, при ежедневном осмотре должен уделять достаточное внимание всем системам организма для своевременного выявления подводных камней, встречающихся во врачебной практике.

Интерн А. Доркина

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР Российской академии медицинских наук

Глубокоуважаемые коллеги!

НИИ переливания крови им. А. А. Богданова и отделение анестезиологии и реаниматологии Гематологического научного центра РАМН приглашают вас 22—24 марта 2005 г. принять участие в работе ежегодной Школы-семинара «Современная трансфузиология и клиническое питание». В программу Школы—2005 включены лекции сотрудников ГНЦ и специалистов из других учреждений, посвященные основам и современным достижениям клинической трансфузиологии и нутрициологии, а так же практические занятия на базе отделения реанимации ГНЦ.

Предполагаемая тематика Школы—2005: классическая трансфузиология, мониторинг в трансфузиологии, контроль и управление гемостазом в периоперационном периоде, практическая организация нутритивной поддержки в различных клинических ситуациях. В конце каждой лекции желающим будет предоставлена возможность выступить в дискуссии, представить собственные данные по обсуждаемым вопросам.

Для желающих получить диплом о повышении квалификации государственного образца (тематическое усовершенствование) или сертификата специалиста (по анестезиологии и реаниматологии) по окончании работы будет проведен дополнительный курс лекций и семинарских занятий (всего, включая программу Школы, — 72 и 144 часа соответственно).

Наши координаты: 125167, г. Москва, Новый Зыковский пр-д, 4а. Гематологический научный центр, отделение анестезиологии и реаниматологии, Елена Марковна Шулуток или Андрей Юльевич Буланов.

Телефон (095) 212-12-43, 213-26-28 Факс (095) 212-42-52 (для Е. М. Шулуток) E-mail: buldoc@blood.ru

**«Эхо Москвы»
к позорному столбу**

Пропаганда антинауки и мракобесия продолжается из эфира этой уважаемой радиостанции: «Важная информация для тех, кого замучил остеохондроз, запишите или запомните номер телефона, позвонив по которому вы сможете приобрести эффективный и безопасный аппарат для лечения остеохондроза — «Л...», звоните 540...

После применения «Л...» проходят чувство онемения в руках, головные боли, головокружение, улучшается зрение и слух, координация движений, нормализуются сон и давление, исправляется осанка. «Л...» прошел успешные клинические испытания в ведущих медицинских учреждениях Москвы и рекомендован с 2001 года для использования в домашних условиях. «Л...» помог тысячам страдающих от остеохондроза, спондилеза, радикулита, грыжи межпозвоночных дисков. Поможет он и Вам. Помните, остеохондроз — прогрессирующее заболевание, и он не прощает промедления.

Звоните и заказывайте «Л...», именно он является ключом к решению ваших проблем с позвоночником 540... Проконсультироваться со специалистом можно по телефону 540....»

Сколько людей попало на эту удочку, обещающую исцеление от всего и вся. Ладно — здоровье, но ведь выманивают лисы Алисы и коты Базилио деньги у больных, часто — нищих, несущих им последнюю копейку в надежде найти исцеление, так как медицина или бессильна, или не проведено достаточно эффективного и адекватного лечения (например — при гипертонии). Как спиться Вам ночами — рекламопроизводители и рекламодатели — не мучает ли совесть, не слышатся ли стенания и проклятия обобранных и обманутых вами страждущих?

Главный редактор
П. А. Воробьев

Антиреклама

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Курс стандартизации в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ФППОВ Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова регулярно проводит циклы **тематического усовершенствования**, предназначенные для врачей всех лечебных специальностей, специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения по следующим направлениям:

- **Стандартизация в управлении качеством медицинской помощи (07.02—04.03.2005 г.).**
- **Лицензирование медицинской деятельности. Аккредитация медицинских учреждений (07.04.—05.05.2005 г.).**
- **Медицина, основанная на доказательствах и клинико-экономический анализ в управлении качеством медицинской помощи (07.03—04.04.2005 г.).**

Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:

- ✓ Система обеспечения качества в здравоохранении
- ✓ Система стандартизации в РФ, законодательство РФ по стандартизации
- ✓ Протоколы ведения больных
- ✓ Организация и принципы лицензирования медицинской деятельности и подготовки медицинского учреждения к получению лицензии
- ✓ Формирование новой системы аккредитации медицинских учреждений
- ✓ Стандартизация в сфере лекарственного обращения
- ✓ Клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ медицинских технологий, медицина доказательств, основы формулярной системы

Цикл является бюджетным для организаций (учреждений) относящихся к системе Министерства здравоохранения и соцразвития РФ, лично участниками курса оплачивается только проезд и проживание в гостинице. Для организаций (учреждений) не относящихся к системе Минздрава РФ, или имеющих негосударственную форму собственности цикл оформляется на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Обращаться по тел./факс 246-01-19

Тюрина Ирина Вячеславовна, Нерсеян Мадлена Юрьевна
E-mail: mtpndm@dol.ru

ИнтерНьюс

Новое исследование подтвердило растущие свидетельства о том, что все больше женщин в индустриальном мире предпочитают рожать детей с помощью Кесарева сечения, даже когда для этого нет никаких важных медицинских показаний.

Кесарево сечение — хирургическая операция, которая чревата серьезными побочными эффектами. Именно поэтому она не желательна в том случае, когда естественные роды не представляют никакой угрозы ни матери, ни ребенку. Среди акушеров этот вопрос также является предметом давнего спора.

Вместе с тем, до сих пор не было проведено ни одного исследования с целью сравнения и выяснения, что лучше для здоровья женщины и ее потомства — естественные роды или операция по извлечению плода хирургическим путем.

Кесарево сечение по-прежнему не является общей практикой, но согласно результатам исследования, опубликованного на этой неделе в британском «Медицинском Журнале», доля американок с неосложненными беременностями, которые предпочли Кесарево сечение, увеличилась на 67% по сравнению с 1991 годом. При этом в период с 1991 по 1996 годы наблюдалось незначительное плавное повышение этого показателя, а затем произошел резкий скачок.

Исследователи из Бостонского университета США проанализировали национальные данные о рождениях и обнаружили, что в 2001 году 80,028 американок предпочли Кесарево сечение обычным родам, когда в этом не было никакой необходимости.

Безусловно, это лишь малая доля среди тех 4000000 родов, которые фиксируются в США ежегодно, но с 1996 года, когда без видимых показателей к Кесареву сечению прибегли 25162 американки, эта цифра увеличилась втрое.

Источник:
MIGnews.com

Хотя прогрессирование когнитивной дисфункции после инсульта обычно протекает достаточно медленно, при повторном инсульте этот процесс заметно ускоряется.

Доктор П. Сачдей и его коллеги (Клиника Prince of Wales, Randwick, Австралия) сообщили в новом выпуске Neurology, что в большинстве опубликованных исследований когнитивная функция при ишемическом инсульте оценивалась через 3 месяца и более; ожидалось, что к этому времени когнитивный дефицит стабилизируется. Однако, по последним данным, когнитивный дефицит сосудистого генеза может прогрессировать.

В рамках исследования Sydney Stroke Study ученые оценили прогрессирование нейропсихологического дефицита у 128 пациентов с недавно перенесенным инсультом или транзиторной ишемической атакой, а также у 78 относительно здоровых лиц того же возраста из общей популяции (группа контроля). Среднее время наблюдения составило 14,6 месяцев. За этот период у больных с инсультом средний балл по шкале Mini-Mental State Examination снизился на 0,83, а в группе контроля повысился на 0,76. Повторный инсульт заметно усугублял когнитивный дефицит сосудистого генеза: среди 14 таких больных средний балл снизился на 2,0. После поправки на возраст, образовательный уровень, исходное состояние когнитивной функции, динамика последней стала сопоставимой в обеих группах. Тем не менее, у инсультных больных были достоверно хуже вербальная память и способность к построению визуальных образов. Длительность обучения (годы) была обратно связана со скоростью прогрессирования когнитивного дефицита сосудистого генеза. Таким образом, получено еще одно свидетельство в пользу вторичной профилактики инсульта.

Источник:
Neurology 2004; 63: 1618—23.



**X Юбилейная международная
научно-практическая конференция
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»**

28—30 сентября 2005 года
Центральный Дом Ученых РАН, Москва
Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net,
т/ф (095) 118-74-74 E-mail: mtpndm@dol.ru

Среди организаторов: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Московский государственный медико-стоматологический университет, Научное медицинское общество геронтологов и гериатров, Геронтологическое общество РАН, ООО «МТП Ньюдиамед».

Основные научные направления конференции:

- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Современные геронотехнологии. Организация медицинской и социальной помощи пожилым.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-экономический анализ в гериатрии
- Геронтофармакология

Предоставление тезисов до 15 июня 2005

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет **1600 руб.** и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, обед. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции.

К/с 301 018 100 000 000 005 05; Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)
БИК 044 579 505; Код по ОКОНХ: 91514; Код по ОКПО: 189 440 19; ИНН 770 224 522 0; КПП 770201001

Правила оформления тезисов:

Тезисы объемом до 1 страницы формата А4, шрифт 12, 1,5 интервала в 2-х экземплярах высылаются в Оргкомитет. К тезисам прилагается дискета с электронным вариантом (Word для Windows). Возможна пересылка материалов по электронной почте (mtpndm@dol.ru) **вложенным файлом**. Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В тезисах должны быть указаны название, авторы, организация, желательно — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение.

Образец:

НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТЫ (большими буквами)
Авторы — Инициалы, Фамилии
Учреждение, в котором выполнена работа
Текст

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

Фамилия, имя, отчество _____

Место работы и должность: _____

Адрес для переписки: _____

Телефон/факс (код города) _____ E-mail _____

Форма участия (отметить):

Слушатель , Стеновый доклад , Устное сообщение

Название доклада (указать соавторов) _____

Гостиница: Не нужна Нуждаюсь

Желательно одноместный номер Место в двухместном номере

ИнтерНьюс

Большое количество ранее проводимых исследований показало, что эмоции и стресс могут неблагоприятно влиять на иммунную систему.

Но этот эффект не был непосредственно подтвержден мозговыми процессами, говорит лидер исследования Ричард Давидсон из Университета Висконсина.

В частности была изучена префронтальная кора, нарушения в которой вызывают депрессию. Так обнаружено, что у людей при каком-либо стрессе интенсивнее функционирует правое полушарие префронтальной коры, и при этом наблюдается более низкий уровень антител после прививки от гриппа. Напротив, когда люди вспоминают счастливые события из жизни, у них интенсивнее функционирует левое полушарие коры и наблюдается высокий уровень антител.

Давидсон считает, что эмоции играют важную роль в регулировании различных систем в организме человека, что не может не влиять на его здоровье. По его мнению это исследование свидетельствует о том, что люди с преобладанием положительных эмоций обладают хорошим иммунитетом, в частности реакцией на прививку от гриппа. Это исследование открывает глаза на то, почему люди с преобладанием положительных эмоций могут быть более здоровыми, — говорит он. Дженис Киколт-Глазер, эксперт по стрессу и иммунитету в государственном университете штата Огайо, считает, что данное исследование является «лучшим доказательством, которое мы видели до настоящего времени».

Не исключено, что это снижение обусловлено непосредственным действием самих препаратов, а не их влиянием на симптомы депрессии — фактора риска ИБС, предполагают д-р Тасо Монстер и его коллеги (Университетская Клиника Aarhus, Дания). Уже известно, что у лиц с депрессией риск развития инфаркта миокарда выше. Трициклические антидепрессанты обладают побочным аритмогенным эффектом, которого лишены селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (selective serotonin reuptake inhibitors). Датские ученые решили уточнить, ассоциируется ли прием тех или иных антидепрессантов со снижением риска первичной госпитализации по поводу инфаркта миокарда. Для этого они проанализировали данные жителей Северной Ютландии за 1994—2002 гг. В основную группу вошли 8887 человек, в группу сравнения, сопоставимую по возрастно-половому составу — 88862 человека. Оказалось, что при уже имеющейся патологии сердца прием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина ассоциировался со снижением риска инфаркта миокарда на 15%, прием неселективных ингибиторов обратного захвата серотонина — со снижением риска на 17%, однако в обоих случаях эта зависимость не была статистически достоверной. Прием других антидепрессантов сокращал риск инфаркта миокарда на 44%. У лиц без предшествующей патологии сердца антидепрессанты никак не влияли на риск развития инфаркта миокарда. Следует отметить, что динамика симптомов депрессии в исследовании не оценивалась, поэтому невозможно определить, с чем было связано снижение риска инфаркта миокарда — с непосредственным действием препаратов (как в испытании ENRICH) или с уменьшением депрессивной симптоматики.

Источник:

Am. J. Med. 2004; 117: 732—7.

Среди пациентов медицинских учреждений больные гепатитами В и С встречаются в 3—7 раз чаще, чем среди населения в целом.

Результаты исследований, проведенных в западноевропейских странах, показали, что ежегодно инфицируется вирусом гепатита В при выполнении профессиональных обязанностей около 18 тысяч человек, или в среднем около 50 человек в день. Почти ежедневно один медицинский работник умирает из-за отдаленных последствий гепатита В: цирроза печени или первичного рака печени.

Актуальность проблемы инфицирования медицинских работников вирусами гемоконтактных гепатитов и ВИЧ обусловлена, с одной стороны, большим числом потенциальных источников этих инфекций среди пациентов вследствие их широкого распространения среди населения и неблагоприятными тенденциями дальнейшего развития эпидемической ситуации по этим болезням; с другой — несовершенством организационных безопасных условий труда, ограниченной эффективностью, недоступностью или отсутствием средств специфической профилактики этих заболеваний.

Источник: *Dentalsite.ru*

Но вот рушились античные государства, с ними политеистические религии. Еврейство осталось, но об его политической роли ко времени появления христианства даже и говорить не приходится. В сфере науки оно остановилось на тщательных врачебно-полицейских мерах Моисея. Новая религия — христианство, своей законченной и совершенной формой вторглась во все явления жизни. По характеру своего учения ему пришлось надолго задержать прогресс естествознания, в частности, медицины. Явившись реакцией против язычества, утопавшего в чувственных удовольствиях, обожествлявшего все проявления плоти, оно твердило своим последователям о брэнности человеческого существования, учило презирать тело, эту жалкую оболочку души, являющуюся лишь гибельным источником греха, представляя избранным утешаться надеждою на бесконечное блаженство после смерти. Неудивительно, что сразу задачи медицины и религии стали друг с другом вразрез. Врачи должны были заботиться о холе тела, которое надлежало верующему уничтожить и презирать. Они не могли работать над трупами, и только то чувство альтруизма, которое проникает христианское учение, заставляло последователей нового учения невольно приглядываться к симптомам болезни в то время, когда они ухаживали за страждущими, хотя само лечение в первое время появления новой религии снова поручается одному Господу. В V послании апостол Иаков говорит: «Болит ли кто в вас, да призове пресвитеры церковные и да молитву сотворят над ним, помазавше его елеем во имя Господне. И молитва веры спасет болящего и воздвигнет его Господь, и аще грехи сотворил есть, отпустятся ему». Влияние церкви, поэтому, сказалось в двух направлениях на медицину: во-первых, как на науку, и, во-вторых, как на дело милосердия, в смысле организации врачебного ухода. В этих двух областях влияние не было равноценным. Мы сначала коснемся медицины, как науки. В первые века христианства медицинская наука в Риме имела такого видного представителя, как Гален (во II в. по Р. X.). Несмотря на то, что Господь должен был лечить христиан, а язычники могли поправиться благодаря своим врачам, и могущественной vis medicatrix naturae, лечение у последних шло не хуже, так что, в конце концов, Гален сделался медицинским авторитетом и источником, откуда почерпали свои знания христианские врачи. Развитие и формулировка положений в христианстве шли спекулятивным путем. Поэтому, раз какое-нибудь воззрение принималось христианством, оно тем самым становилось как бы его догмой, защищалось им, во что бы то ни стало, так было не только в сфере веры, морали, но и в области науки. Забегая немного вперед, укажу на те страстные и непримиримые отношения, в которые становилось католичество, благодаря указанным выше особенностям к некоторым вопросам, имеющим чисто научное значение, совершенно не колеблющим религиозные воззрения, таковы: форма земли, характер ее вращения и т. д. В первые века христианство, принявши после некоторой борьбы учения Гиппократов и Галена, так сказать, догматизировало их и позволяло своим врачам в школах, которые до XI века находились при монастырях и с XI только века с развитием университетов вышли в аудитории последних, лишь комментировать и истолковывать произведения великих древних врачей. Существует целый ряд книг этого периода времени, излагающих господствующие медицинские воззрения, некоторые из них написаны даже в стихотворной форме, при знакомстве с которыми только удивляешься способности людского топтанья на месте. В конце XV и начале XVI века Парацельс встряхнул это стоячее медицинское болото. В XVI же веке, еще более в XVII, появился ряд ученых, сумевших понять задачи медицины как науки и двинуть ее на тот путь мышления и наблюдения, по которому она с тех пор неуклонно идет, делая все большие и большие завоевания в отмежеванной ей области. Сильвий Дюбуа, Везалий, Евстахий, Фабриций из Аквапеденте, Амбруаз Паре в XVI веке, Гарвей, Берелли, Морганьи, Ван Гельмонт в XVII в. — вот ряд славных имен, числа которых я не стану увеличивать, не желая затруднять ваше внимание, обесмертивших себя навсегда в истории и положивших основание тому мощному развитию науки, несмотря на все сопутствующие этому развитию неизбежные ошибки, которого она достигла, далеко еще не исчерпав своих задач.

РЕЛИГИЯ И МЕДИЦИНА

Д.Д. Плетнев

(Этюд по истории медицины)

Часть II

Часть I опубликована в № 3 «Вестника МГНОТ»

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



Новая религия — христианство, своей законченной и совершенной формой вторглась во все явления жизни. По характеру своего учения ему пришлось надолго задержать прогресс естествознания, в частности, медицины.

подавании Гиппократом и Галеном, отнюдь не внося в это дело взглядов Парацельса и не делая собственных исследований. Лишь широкое течение гуманизма смогло освободить науку, в том числе и медицинскую, от цепей, которыми она была окована, но тут прошло много времени, пока она, наконец, смогла стать устойчиво и принять надлежащее направление. Если последние столетия медицина совершает ошибки, то в них уже совсем не повинна церковь. Ее ошибки — ошибки метода, способности человеческого ума строить легко разрушаемые гипотезы.

В то время, как медицина стала, так сказать, официально признанной наукой, не следует думать, что она заняла свое определенное положение. Нет, по-прежнему болезнь считалась не естественно возможным отклонением от физиологической нормы, а божеским показанием, которое, прежде всего, надлежало отмаливать. Сон в храме, с которым мы встречались в древности, приобретает снова терапевтическое значение, начиная с конца III века по Р. X. Так, епископ Григорий

Турский рассказывает о некоем Муммале, посланнике при Юстиниане. Время от времени он страдал от присутствия камней в мочевом пузыре. Однажды в пути с ним сделался сильнейший припадок болей, так что сам страдающий считал уже близким свой смертный час. Как на последнее средство для облегчения болей он решил по совету одного из своих друзей уснуть ночь в церкви св. Андрея в Патрасе. Измученный сильными болями, с трудом он там уснул, как вдруг около полуночи проснулся от настойчивого позыва на мочу, причем во время мочеиспускания вышел большой камень. С той поры все страдания прошли как по мановению волшебного жезла. Другой случай относится к немецкому королю Генриху II Святому в XI веке. Этот государь также страдал камнями мочевого пузыря и обратился за помощью в итальянский монастырь Monte Cassino, пользовавшийся громкой медицинской репутацией. Монахи поручили августейшего больного попечению св. Бенедикта. Последний явился королю во сне, сам совершил операцию над спящим и ушел, положивши corpus delictum — удаленный из пузыря камень в руку Генриху. Операционная рана зажила быстро.

Не всегда, однако, исцеления во время сна совершались в первую ночь. Иногда больные годами спали при храме, пока желанный миг наступал. Божественная помощь иногда даже странным образом противопоставалась врачебной. Так, уже упомянутый епископ Григорий Турский (VI век) рассказывает, что во время составления своей книги о чудесах св. Вартина, он почувствовал сильную боль в левой половине головы. Долго терпел он эту боль, но так как боль не стихала, то он пошел в церковь к гробнице святого, помолвился, коснулся больного места гробничной занавесью: боль тотчас же утихла. Несколько дней спустя боль возобновились; от боли он избавился тем же способом. Но под влиянием внушения злого духа, решил, что головная боль происходила от лишней крови и сделал себе поэтому кровопускание, думая избавиться от головной боли радикально. Боль тотчас возобновилась, по мнению епископа Григория, в наказании за грешный образ мыслей, как можно видеть из заключительных его слов: «Каждый человек может из этого происшествия вывести поучение, что не следует прибегать к земным средствам тому, кто раз уже имел счастье испытать врачевание небесными средствами».

Целебными силами обладали все святые, но некоторые преимущественно, причем наибольшее число исцелений бывало в день рождения святого. Целебная сила сообщалась даже предметам, временно приходившим в соприкосновение с останками святого, и это нечто, сообщавшее силу, оказывалось даже весомым. Так, на гробницу апостола Петра паломники клали разной величины шелковые ткани для приобретения целебной силы. Эти кусочки взвешивались до и после возложения на гробницу, и каждый раз кусочки оказывались тяжелее по весу. Общепринято было соскоб с каменных плит, прикрывающих могилу святого, растворять в какой-либо жидкости и употреблять его в качестве лекарства. Епископ Григорий Турский говорит по поводу одной из таких микстур: «О неопишемая микстура! О, словами невыразимое снадобье, противоядие, стоящее выше всех похвал! Небесное слабительное, если мне только дозволено употребить это выражение, оставляющее в тени все врачебные рецепты, превосходящее все ароматы своим запахом, все настоящие крепостью, очищающее кишечник, как скаммоний» и т. д. Тот же Григорий Турский велел выварить в воде шелковую ткань, в которую был обернут кусок креста Господня и раздавал полученный таким способом напиток больным. Немудрено, что при этих условиях медицинская наука развивалась туго. Было бы, однако, большой ошибкой в перечисленного рода суевериях обвинять одно духовенство. Последнее было лишь продуктом своего времени. Оно думало так, а не иначе потому, что только так и можно было думать. Ошибкой духовенства было неже-

В конце XV и начале XVI века Парацельс встряхнул это стоячее медицинское болото.

Тем не менее, духовенство и здесь не хотело выпустить из своих рук догматизированную науку. Существуют любопытные исторические факты, относящиеся сюда. Pietro d'Abano в XVIII веке был заключен святыми инквизиторами в тюрьму за то, что он придерживался взглядов знаменитого Аверозса и вообще арабской медицины. К своему счастью, он умер в темнице раньше, чем суд произнес над ним приговор.

Одному из учеников Парацельса в XVI веке, некоему Hans de Prato была предложена медицинская кафедра в Копенгагене с неременным условием руководиться при пре-

ли мне только дозволено употребить это выражение, оставляющее в тени все врачебные рецепты, превосходящее все ароматы своим запахом, все настоящие крепостью, очищающее кишечник, как скаммоний» и т. д. Тот же Григорий Турский велел выварить в воде шелковую ткань, в которую был обернут кусок креста Господня и раздавал полученный таким способом напиток больным. Немудрено, что при этих условиях медицинская наука развивалась туго. Было бы, однако, большой ошибкой в перечисленного рода суевериях обвинять одно духовенство. Последнее было лишь продуктом своего времени. Оно думало так, а не иначе потому, что только так и можно было думать. Ошибкой духовенства было неже-

ИнтерНьюс

Сердечно-сосудистый риск высокодозовой терапии глюкокортикоидами: новые данные.

Д-р Ли Вей и его коллеги (Клиника Ninewells, Школа Медицины, Dundee) обнаружили, что у получающих высокие дозы глюкокортикоидов больных риск сердечно-сосудистых событий в два раза выше, чем у больных, не принимающих их. Известно, что преднизолон и гидрокортизон в больших дозах часто применяются при астме, системных васкулитах и других заболеваниях. К сожалению, побочные эффекты глюкокортикоидов — гипертония, диабет, ожирение — являются факторами риска сердечно-сосудистой патологии. Шотландские исследователи решили изучить, в какой степени экзогенные глюкокортикоиды повышают риск сердечно-сосудистой патологии. С этой целью они проанализировали материалы базы данных National Health Service для жителей города Tayside за период с июля 1993 г. по декабрь 1996 г. В группу глюкокортикоидов вошел 68781 человек, принимавший как минимум один препарат и ранее не госпитализированный по поводу сердечно-сосудистой патологии. В группу сравнения вошли 82202 человека, не принимавших глюкокортикоиды и исходно не страдавших заболеваниями сердца. Дозы глюкокортикоидов условно разделялись на низкие (ингаляционное, интраназальное и местное применение), средние (орально, ректально и парентерально до 7,5 мг преднизолонового эквивалента), высокие (7,5 мг и выше).

В группе принимавших глюкокортикоиды частота сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, ангиопластика, коронарная реваскуляризация, инсульт, транзиторная ишемическая атака, застойная сердечная недостаточность, сердечно-сосудистая смерть) достигала 23,9 на 1000 человеко-лет наблюдения, в группе контроля — 17,0 на 1000. При приеме низких доз глюкокортикоидов частота сердечно-сосудистых событий составляла 22,1 на 1000, при приеме средних доз — 27,2, и при приеме высоких доз — 76,5 на 1000 человеко-лет. После поправки на вмешивающиеся факторы (прием антигипертензивных, гиполипидемических препаратов, наличие сопутствующего диабета и т. д.), относительный риск сердечно-сосудистых событий при приеме высоких доз глюкокортикоидов составил 2,56. Для низких и средних доз глюкокортикоидов повышение сердечно-сосудистого риска не было выявлено, сообщают авторы в очередном выпуске Annals of Internal Medicine.

Источник:

Ann. Intern. Med. 2004; 141: 764—70.

Через 50 лет население России сократится на 20%

По данным ООН, ныне в десятку наиболее густонаселенных государств мира входят: Китай, Индия, США, Индонезия, Бразилия, Пакистан, Россия, Бангладеш, Нигерия и Япония.

К 2050 году список наиболее многочисленных государств претерпит заметные изменения. Из него будут исключены Россия и Япония. В первую десятку войдут: Индия, Китай, США, Индонезия, Нигерия, Пакистан, Бангладеш, Бразилия, Конго и Эфиопия. К 2050 году примерно 90% прироста населения мира придется на страны Азии и Африки.

Как сообщает информационное агентство «Washington ProFile» со ссылкой на данные организации «Population Reference Bureau», к этому сроку численность населения России сократится на 17%, Украины — на 19%, Армении — на 24%, Грузии — на 32%, Казахстана — на 1%, Эстонии — на 23%, Латвии — на 24%, Литвы — на 9%, Беларуси — на 13%, Молдовы — на 28%. В Кыргызстане, наоборот, численность населения вырастет на 62%, в Таджикистане — на 10%, в Туркменистане — на 8,7%, в Узбекистане — на 48,5%, в Азербайджане — на 40%. По данным ВОЗ, средняя продолжительность жизни в России в 2002 году составляла 64,8 года, в Армении — 70, в Азербайджане — 65,8, в Беларуси — 68,3, в Грузии — 71,7, в Казахстане — 63,6, в Кыргызстане — 64,5, в Латвии — 70,3, в Литве — 71,9, в Эстонии — 71,1, в Молдове — 67,8, в Таджикистане — 63,7, в Туркменистане — 62,7, в Украине — 67,2, в Узбекистане — 68,2 года. Уровень рождаемости в России равен 1,2 (1,2 ребенка на одну женщину репродуктивного возраста), в Латвии — 1,1, в Украине — 1,2, в Кыргызстане — 2,7, в Таджикистане — 3,1, в Туркменистане — 2,7, в Узбекистане — 2,5, в Казахстане — 2,0, в Эстонии — 1,2, в Литве — 1,3, в Беларуси — 1,2, в Молдове — 1,4, в Армении — 1,2, в Азербайджане — 2,1, в Грузии — 1,4.

Источник: AskDoctor.ru

вание считается с хотя и медленными, но верными завоеваниями науки. Нельзя было научные гипотезы возводить в религиозные догмы. На этой почве представителей религии ждало верное поражение и, благодаря до известной степени упорству, из их рук ускользнула медицина, для удержания которой были данные по смыслу самого христианского учения.

Помощь, первоначально подававшаяся захворавшему, как применение заповеди «возлюби ближнего своего, как самого себя», разрослась из отдельных случаев в целую организацию. Язычники сами должны были признать в первые же века христианства самоотверженный и бескорыстный уход членов нового учения за заболевшими без различия религиозного исповедания, что особенно резко проявлялось во время эпидемий, образовался даже особый разряд христиан, носивших название диаконов, на которых вместе с вдовами, — из них развились впоследствии западноевропейские диаконысы, — возлагался преимущественно уход за престарелыми и больными, хотя никто из членов христианской общины не был свободен от обязанности ухода. Знаменитыми врачами в III веке были святые братья-мученики Косма и Демьян. Огромная заслуга в этом направлении принадлежит представителю православного богословия в Каппадокии — Василию Великому (в IV в. по Р. Х.). Посвященный в пресвитеры Василий принимал деятельное участие в церковных делах, организуя убежища для бедных (птохотрофии), больных, с отделением даже для раскаявшихся падших женщин. Большую роль в развитии таких убежищ сыграли монастыри и среди орденных, наиболее прославившихся в медицинском отношении, следует назвать бенедиктинцев. Особенной известностью пользовался в IX веке бенедиктинский аббат Бертарий.

Совмещение обеих функций медицины как лечебного искусства и в смысле ухода в одном лице уже в средние века становилось неудобным, поэтому в XII и XIII веках издаются постановления, по которым лечение госпиталей поручается светским врачам: правда, с различными оговорками, например, в одной папской булле, изданной по этому поводу, говорится, что, если врач посещает больного больше одного раза, он должен пригласить с собой при вторичном посещении духовное лицо, дабы последнее позаботилось о душе больного.

Даже с полным переходом лечения к светским лицам, контроль духовенства над врачами не прекратился. Над ними Дамокловым мечом висело средневековое верование, по которому болезням происходят или по Божьему попущению, или по дьявольскому наваждению. Врача, безразлично, выздоравливал ли больной, или умирает, смотря по настроению инквизиторов, легко могли заподозрить в сношениях с дьявольской силой, и он платил жизнью за возникновение такого подозрения. От подобных опасностей не были свободны сами духовные лица.

Так, в XVII веке в Норвегии был предан сожжению на костре благочестивый священник Iens Hansen Rusk за то, что он согласно верованиям своей эпохи дал в качестве амулета одному захворавшему крестьянину ярлычок, исписанный библейскими изречениями. Больной выздоровел, священник же «за колдовство» заплатил жизнью. Из этого беглого очерка видно, что медицина явилась детищем религии, как и всегда бывает, «отцы и дети сказались и здесь. Первое время медицина питалась и жила целиком на счете религии, по мере роста первой, между ними стали происходить недоразумения, закончившаяся при наступлении полной зрелости медицины окончательным ее освобождением от «родительской» опеки. В настоящее время как наука она идет совершенно самостоятельным путем. Всегдашней точкой соприкосновения религии и медицины остается то чувство альтруизма, та готовность самопожертвования — «положить душу за други своя» — которыми они обе проникнуты и без которых они обе были бы только дисциплинами ума, а не сердца.

Всегдашней точкой соприкосновения религии и медицины остается то чувство альтруизма, та готовность самопожертвования — «положить душу за други своя» — которыми они обе проникнуты и без которых они обе были бы только дисциплинами ума, а не сердца.

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»

Предлагаем Вашему вниманию темы секционных заседаний МГНОТ на 2005 год.

Ангиологическая секция	Человек и инфекция
16 марта Тромбоз эмболия. Протокол ведения пациента.	17 мая Диарейный синдром — инфекция или результат интенсивного лечения?
18 мая Гиперкоагуляционный синдром. Что нам известно?	7 июня Что такое лихорадка неясного генеза: диагноз или его отсутствие?
14 сентября Атеротромбоз. Причина или результат?	18 октября Биотерроризм — возможные инфекции и токсины.
16 ноября Пример из клинической практики. Что в 1-ю очередь? (Предполагается проведение консилиума по конкретному пациенту. В качестве поощрения пациента — обеспечение препаратами для лечения, предоставленными фирмами-спонсорами).	15 ноября Хламидиоз — мифы и реальность.
14 декабря Аневризма — когда оперируем?	13 декабря Гепатит: есть чем лечить, а можно ли излечить?

ИНФОРМАЦИЯ

Рекомендуем посетить сайты посвященные проблемам гастроэнтерологии и смежным с ней специальностям:

- Gastro.ru • Gastrosite.ru • Zheludok.ru • Hepatitinfo.ru • Health-ua.com • Asge.org •
- Sklif-lte.ru • Esge.com • Ilts.org • Gastrosource.com • Omge.org • Gastrohep.com •
- Dysphagia.com • Healingwell.com • Discolrect.com • Panix.com • Medcases.com •
- Pancreasweb.com • Gut.bmjournals.com •

Приглашение

«Инсульт как сердечно-сосудистое заболевание»

17 марта 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Феномен оседания эритроцитов известен давно. Это исследование является настолько рутинным и шаблонным, что никто и не задумывается о том, что связано с этим исследованием, какое явление оно отражает, и как его трактовать. Скажете — просто? Посмотрим. Во-первых о термине: в нашем языке феномен этот был назван реакцией, но в 80-х годах чиновники от медицины переводили нас на международную систему СИ и заодно перекрестили РОЭ в СОЭ — скорость оседания эритроцитов. Мол, выражается этот показатель в мм в час — то есть обозначает скорость. Забыли, что многие показатели измеряются в одних единицах, например — в единицах экстинкции, или в единицах активности, а выражаются в мм/ч на литр. «Правильность» тут ни при чем, но представление о том, что кроется за этой реакцией — феноменом оседания — испарилось.

Представим себе взвесь песчинок в воде — если дать воде постоять, то песчинки довольно быстро — за минуту-другую — осядут на дно. Высота песчаного осадка будет определяться только количеством песчинок (и их размером). Если спроецировать эту ситуацию на кровь, то величина столба эритроцитов (песчинок) должна быть связана с их количеством или концентрацией, которая выражается величиной гематокрита, числом эритроцитов в единице объема, а косвенно — уровнем гемоглобина. Так как эритроциты составляют примерно половину объема крови, то осесть они могут на половину длины капилляра — т. е. не больше чем на 50 мм (весь капилляр 100 мм.). Но время их оседания будет длительным — за минуту-другую никакого оседания эритроцитов заметить нельзя. Почему? Что держит эритроциты, что удерживает их от падения вниз?

Эритроцит — клетка заряженная. На ее поверхности расположен заряд. А, как известно, одинаково заряженные частицы отталкиваются друг от друга. В этом и состоит феномен оседания эритроцитов — электростатическая реакция отталкивания между клетками не дает им падать, поддерживает во взвешенном состоянии. Аналогично и в кровотоке эритроциты отталкиваются друг от друга, не склеиваясь между собой.

Поверхность эритроцита окружена белками и другими веществами, циркулирующими в крови. Они образуют как бы облако вокруг этой клетки. При патологии облако вокруг эритроцита становится более густым. Особенно это связано с фибриногеном, который фиксируется на поверхности эритроцита при воспалении или активации свертывания крови. Но и другие белки могут «сгустить» атмосферу вокруг эритроцита, например иммуноглобулины, синтезирующиеся как при иммунных ответах, так и при миеломной болезни и схожих с ней заболеваниях.

Густая атмосфера приводит к исчезновению заряда на клетке. В этом случае реакция электростатического отталкивания между эритроцитами исчезает и при исследовании феномена оседания видно резкое ускорение падения эритроцитов. Нередко за час эритроциты «усаживаются» на 20—30—40 мм.

Какие еще условия необходимы, чтобы за час эритроциты «прошли» более длинный путь? Кроме околоэритроцитарной атмосферы играет роль концентрация эритроцитов: при анемии РОЭ значительно ускоряется. Зависимость РОЭ от концентрации эритроцитов носит экспоненциальный характер, однако при уровне анемии, соответствующей 110—60 г/л эта кривая почти прямая: снижение гемоглобина на 10 г/л приводит к ускорению РОЭ на 5—7 мм/час. С уровня гемоглобина 60 г/л и ниже РОЭ резко ускоряется — до 60—70 мм/час.

Именно в анемии кроется объяснение появления очень высоких показателей РОЭ в 60—70 мм в час, что наблюдается при миеломной болезни и при системной волчанке: синергично действуют

два фактора — околочлеточное облако и сниженное количество взвешенных красных кровяных частиц.

Кстати РОЭ необходимо измерять именно час, не допустимо проводить «ускоренное» измерение за полчаса. При густой околочлеточной атмосфере скорость падения клеток во взвеси будет в первые минуты быстрой, но затем значительно снижается. Следовательно, измеренный за полчаса показатель при умножении на 2 даст абсолютно неверные цифры, введет в заблуждение. А так как РОЭ остается важным признаком правильности и эффек-

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

ФЕНОМЕН ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ

тивности терапии, то врач может оказаться в неведении относительно того, получает ли он эффект от лечения из-за ошибки в измерении.

Наклон капилляра играет существенную роль в изменении скорости оседания эритроцитов. В вертикально стоящем капилляре эритроциты должны пройти несколько мм пути испытывая на всем протяжении отталкивающее влияние других клеток. Если капилляр наклонить, то эритроциту нужно «пройти» путь, равный величине сечения капилляра. Дойдя до его стенки, эритроцит перестанет испытывать влияние других клеток и быстро скатиться вниз. Экспериментально установлено, что наклон капилляра под 45° увеличивает РОЭ в 10 раз. К сожалению, не изучено, насколько увеличивает РОЭ при наклоне в 10—15°, что бывает часто: либо лаборант «втыкает» капилляры «как бог на душу положит» — вкривь и вкось, либо вся стойка с капиллярами стоит наклонно.

Некоторые врачи задают себе вопрос: — а как влияет на РОЭ температура окружающей среды. В большинстве случаев — никак. У подавляющего большинства больных криоглобулины — белки, выпадающие в осадок при низкой температуре не обнаруживаются и не играют существенной роли. Но именно при тех болезнях, при которых обнаруживается высокое РОЭ, криоглобулины встречаются часто и их наличие или устранение в процессе лечения могут играть существенную роль. Для того, чтобы нивелировать возможное влияние криоглобулинов, кровь, забранную у пациента, нужно сразу поместить в термостат при 36 градусах, поставить РОЭ в условиях термостата и сравнить его с РОЭ, сделанным при обычной температуре. При наличии криоглобулинов в «тепличных» условиях РОЭ должно быть выше. Проверить наличие криоглобулинов можно с помощью СИА-теста, рекомендованного З. С. Баркаганом: в ледяную воду каплют теплую плазму больного: при наличии криоглобулинов в воде сразу образуются хорошо видимые «облачка».

Еще одна проблема — норма РОЭ. Врачи привыкли, что при патологии РОЭ ускоряется. Считается нормой 5—10 мм в час и ниже. А 2—3 мм в час тоже норма? Нет. А уж 1 мм в час — тяжелейшая патология, требующая экстренного вмешательства. Обычно такое низкое РОЭ отражает высокую концентрацию эритроцитов в крови — полицитемию, что опасно развитием тромбозов. Такая картина бывает у курильщиков, любителей мяса, при эритремии, у принимающих большие дозы диуретиков. Стоит обращать внимание на такое РОЭ; меньше вызывает беспокойство РОЭ в 10—15 мм в час (если оно не сопровождается какой-либо явной болезнью, например инфекцией). В остальных случаях следует наблюдать за этим показателем, исключив неточности в определении, возможные диетические нарушения (например, большое количество жирной пищи непосредственно перед забором крови).

Приглашение

«Тромбоэмболии. Протокол ведения больных»

16 марта 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»

Издательство ООО «МТП Ньюдиамед»
Под ред. профессора П. А. Воробьева

Уникальный справочник СПУТНИК ИНТЕРНИСТА по трактовке лабораторных и инструментальных, наиболее употребительных в практике врача, исследований.

Издание содержит разнообразный перечень критериев и признаков заболеваний. Расшифровано около 8000 позиций, для каждой написаны пределы нормальных значений, возможные отклонения от нормы и трактовка этих отклонений. СПУТНИК — оригинальный по форме и по содержанию. При его создании выбирались наиболее существенные, специфические и значимые аспекты патологии. Книга состоит из разделов (сведения в разделах расположены в алфавитном порядке).

Книгу можно приобрести в г. Москве в следующих магазинах:

- «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
 - «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
 - «Молодая гвардия» — метро «Полянка»;
 - или в издательстве по адресу: 115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, ООО «МТП Ньюдиамед».
- Тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru
Подробнее можно ознакомиться с книгой на сайте www.zdravnkiga.net.



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

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. Ключев, 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. Погожева, 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

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 (095) 8-906-721-37-65

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