



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Этот год в гериатрии на мой взгляд ознаменовался невероятным событием: получены новые доказательства возможности, необходимости лечения артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста. Поскольку популяция людей 80 лет и старше в мире продолжает расти, причем в основном за счет женщин, то к 2050 году ожидается, что в структуре населения людей старше 80 будет почти 12%. Распространенность артериальной гипертензии с возрастом увеличивается, так что актуальность ее терапии у пожилых будет только возрастать.

Я хочу обратить ваше внимание на то, что все мы знаем, что артериальная гипертензия является фактором риска развития многих осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, особенно у лиц пожилого возраста. Особое внимание нужно уделить увеличению частоты инсультов: если риск составляет 1 на 1000 в возрасте 45–54 лет, то уже 1 на 100 в возрасте 65–74 года и 1 из 30 в возрасте старше 85 лет.

Какие особенности течения АГ у пожилых и старых людей?

Особенности артериальной гипертензии у пожилых:

- Изменения в сердечно-сосудистой системе (снижение сердечного выброса, нарушение эндотелиальной функции, более жесткие артерии, чаще встречается систолическая гипертензия, которая является самостоятельным фактором риска развития инсульта, гипертрофия левого желудочка, чаще инсульты, ИБС, сердечная недостаточность причем особая форма сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса, в отличие от того, что встречается у лиц более молодого возраста со сниженной фракцией выброса и на сегодняшний день если подходы к лечению хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса хорошо разработаны, то как лечить сердечную недостаточность с сохранной фракцией выброса по-прежнему под вопросом).

• Полиморбидность: ХОБЛ, периферический атеросклероз, диабет, нарушения функции щитовидной железы.

- Трудности в лечении.
- Другие препараты.
- Плохой комплайнс.
- Частые метаболические расстройства.
- Изменения в кинетике лекарственных препаратов и, как следствие, большое число побочных эффектов.

Если систолическое давление повышается во всех возрастных группах, то диастолическое давление, начиная с 50 лет у женщин, снижается, поэтому у них чаще формируется изолированная систолическая гипертензия, и она вносит более существенный вклад в развитие инсульта.

Чем старше люди, тем больше они посещают врачей, больше принимают лекарств, а эффективность лечения все ниже. Достижение целевых значений артериального давления очень низкая у лиц пожилого возраста.

Что нам было известно до этого года? Целый ряд исследований был проведен (средний возраст пациентов 70 лет), показывающих, что при лечении гипертензии снижается частота всех сердечно-сосудистых событий, показано это для диуретиков, антагонистов кальция, чуть-чуть для бета-блокаторов. Был проведен мета-анализ подгрупп в 7 исследованиях, 1650 человек старше 80 лет, макс. возраст 99 лет, наблюдение в среднем 3,5 года, было показано, что снижается частота инсультов, сердечной недостаточности, всех сердечно-сосудистых осложнений, однако принципиально смертность у всех лиц старческого возраста не менялась. Более того, в некоторых случаях общая смертность увеличивалась. Для лиц пожилого возраста в качестве препаратов выбора мы рекомендуем диуретики и кальциевые антагонисты, поскольку считается, что у пожилых больше низкорениновых форм гипертензии. Доказательная база по лечению гипертензии у пожилых в основном была собрана на диуретиках и кальциевых бета-блокаторах.

В этом году опубликованы результаты исследования HYPET, это первое исследование, которое было направлено на лечение пациентов старше 80 лет. Ис-

следование было остановлено досрочно в связи с тем, что в группе, которая получала активную антигипертензивную терапию, было получено достоверное снижение частоты инсультов и смертности среди пациентов. В этом исследовании принимало участие много стран, в том числе Россия: 18 центров в 8 городах — 235 пациентов из 4000, набранных в других странах.

Новые доказательства необходимости и безопасности лечения артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста

(из доклада на 13-й конференции «Пожилкой больной. Качество жизни», 01.10.08)

Критерии включения

— Возраст 80 лет и старше на момент рандомизации

— САД в положении сидя 160–199 мм рт. ст. (среднее давление по итогам 2 измерений на 2 визитах с интервалом в 1 месяц)

— ДАД в положении сидя ≥ 109 мм рт. ст.

Критерии исключения

— САД стоя менее 140 мм рт. ст.

— Инсульт в предшествующие 6 мес.

— Деменция.

— Необходимость постоянного постороннего ухода.

Дизайн исследования.

Начинали лечение с назначения диуретика индапамида ретард и через 3 месяца, если не достигали целевых цифр артериального давления, в данном случае это: САД < 150 мм рт. ст., ДАД < 80 мм рт. ст., то добавляли ингибитор АПФ периндоприл. Почему была выбрана для базовой терапии ретардированная форма индапамида? Для него доказано хорошее снижение систолического давления, еще раз повторюсь, что систолическое давление имеет наибольший вклад в риск смерти

Клиническая характеристика			
	Мужчины	Женщины	Всего
N (%)	1475 (40%)	2254 (60%)	3729
Средний возраст	83,4	83,7	83,5
АД сидя (мм рт. ст.)	172/91	174/91	173/91
Ортостатическая гипотензия	8,4%	8,4%	8,4%
ЧСС	74,0	74,8	74,5
Инсульт в анамнезе	9,0%	5,4%	6,8%
Инфаркт в анамнезе	4,5%	2,4%	3,2%
Диабет	6,4%	6,7%	6,6%

от разных осложнений, кроме того в наибольшей степени этот препарат уменьшает пульсовое давление, которое является самостоятельным фактором риска развития инсульта. Вы знаете, что этот препарат тестировался в разных исследованиях по возможности профилактики вторичных инсультов: исследование PROGRESS, где было показано 28%-ое снижение риска мозгового инсульта (включено 6105 больных с цереброваскулярными заболеваниями в анамнезе с нормальным и повышенным АД, средний возраст 64 года, длительность терапии 4 года), и исследование PATS у пожилых — вторичная профилактика инсультов при лечении арифеном у пожилых, 30% снижение инсультов у ранее перенесших инсульты (5665 пожи-

лых пациентов с АГ, имевших в анамнезе инсульт или ТИА, арифен 2,5 мг, наблюдение 2 года).

Арифен ретард обладает хорошими органопротективными свойствами, превосходит эналаприл в отношении уменьшения ИММЛЖ, не оказывает влияния на углеводный и липидный обмен.

Больные были рандомизированы на 2 группы: активной терапии и плацебо. Средняя продолжительность наблюдения составила 2,1 года. В 1999 году было получено первое одобрение — этического комитета (1999, Великобритания), первый включенный пациент (ноябрь 2000), первый промежуточный анализ (апрель 2005) — рекомендовано продолжить исследование. Второй промежуточный анализ (июль 2007) — достоверное снижение общей смертности и инсультов в группе активной терапии. Исследование остановлено досрочно (3845 пациентов включено). Комитет, контролирующий исследование, рекомендовал перевести всех пациентов на лечение арифеном ретард \pm престариум в течение одного года открытым способом. Окончательные результаты представлены 31 марта 2008 на конгрессе АСС в Чикаго. К моменту остановки исследования 1882 пациента — все еще в двойной слепой фазе, 17 — состояние неизвестно, 220 — в открытой фазе.

Обратите внимание, средний возраст пациентов тут на 10 лет старше чем в предыдущих исследованиях.

Очень интересный анализ провели в этом исследовании по возрасту. С возрастом становится более низким вес и ИМТ, более низкий уровень глюкозы в крови, более низкий гемоглобин, более высокий уровень калия, более высокий креатинин. Этой статистики мы раньше не имели. Что было получено: в группе активной терапии оказалось выраженное снижение артериального давления, систолического примерно на 30 мм. рт. ст., диастолического примерно на 13 мм.рт.ст. Это совпадает по выраженности снижения артериального давления с тем, что было получено ранее в других исследованиях для групп 70-летнего возраста. При этом ясно, что в группе активной терапии почти половина пациентов достигала целевых значений артериального давления, еще раз их напоминаю — САД < 150 мм рт. ст., ДАД < 80 мм рт. ст. Это подтверждает нашу сегодняшнюю позицию в лечении гипертензии — как бы ни старались, все равно 3/4 больных нуждаются в комбинированном лечении. Комбинированная терапия является залогом успешного лечения лиц разных возрастных групп, в том числе и пожилых.

Основные результаты: снижение частоты инсультов на 30%, в том числе фатальных инсультов на 40%, сердечной недостаточности на 64% — хорошо известно, что диуретики являются основными препаратами по своим способностям предупреждать развитие сердечной недостаточности, это хорошо доказано, а для пожилых это особенно актуально. И самый главный результат — впервые показана возможность снижения общей смертности пожилых пациентов с артериальной гипертензией на 21%! Результаты были одинаково хороши и у мужчин и у женщин, в отличие от предыдущих исследований.

Очень важно, что исследование было безопасным. Число сообщенных нежелательных серьезных явлений (после рандомизации): 448 в группе плацебо и 358 в группе активного лечения ($p = 0,001$).

Влияние антигипертензивной терапии на общую смертность у пожилых старше 80 лет					
Исследование	EW PHE	SHEP	STOP	Syst-Eur	HYPET
N	155 (18%)	650 (14%)	235 (14%)	441 (9%)	3845 (100%)
Препарат 1 линии	ГХТ	Хлорталидон	ГХТ/БАБ	АК	Арифен ретард 1,5 мг
Относительный риск активной терапия/контроль	0,97	0,97	1,4	1,36	0,83

ИнтерНьюс

Наука в США двинется вперед

Президент США Барак Обама отменил часть ограничений на исследование стволовых клеток, введенных администрацией Джорджа Буша. В 2001 г. по инициативе Буша в США было запрещено государственное финансирование исследований, в которых использовались линии эмбриональных стволовых клеток. В распоряжении получающих финансирование из государственных фондов научных учреждений оставались несколько десятков клеточных линий, которые использовались до вступления нового закона в силу. Указ, в торжественной обстановке подписанный Обамой санкционирует государственное финансирование научных исследований, в которых используются линии эмбриональных клеток, созданные после 2001 г. Рассчитывающим на господдержку ученым по-прежнему запрещено самостоятельно создавать человеческие эмбрионы в исследовательских целях. Эмбриональные стволовые клетки способны превращаться в клетки любых тканей человеческого организма. Эта особенность делает их крайне ценным материалом для исследований, которые могут привести к созданию методик лечения множества тяжелых заболеваний, последствий травм, генетических аномалий и т. д. Для получения эмбриональных стволовых клеток, как правило, используются эмбрионы, оставшиеся невостребованными после экстракорпорального оплодотворения. Противниками экспериментов с эмбриональными стволовыми клетками являются многочисленные религиозные организации, считающие, что любые человеческие эмбрионы обладают правом на жизнь и достойное обращение.

Источник: tma.ru

Ты помнишь, как болело?

У части женщин воспоминания о болях в родах сохраняются, а у некоторых — усиливаются. Доктор У. Вальденстром из отделения здоровья матери и ребенка Института Каролинска в Стокгольме (Karolinska Institute) опросила 1383 женщины через 2 мес., год и 5 лет после родов. Всем женщинам задавался вопрос, насколько сильные боли они испытывали во время родов. Женщины, которым проводилось плановое кесарево сечение, в опросе не участвовали. Через 5 лет после родов 49% женщин описали свои роды как менее болезненные, чем им казалось через 2 месяца после родов; 35% женщин оценили уровень боли при родах так же, как и через 2 месяца, а 16% отметили, что помнят боль при родах как более сильную, чем спустя 2 мес. после них. «Обычно считается, что со временем женщинам начинает казаться, что боль при родах была не такой уж сильной, — пишет Вальденстром — но, судя по нашим результатам, даже на современном уровне акушерской помощи это верно только для половины женщин». Примечательно, что воспоминания об интенсивности болей зависят от общего впечатления женщины от родов. Женщины, оценившие свой опыт родов как благоприятный, отмечали более низкий уровень боли через 2 мес. после появления малыша на свет, и их воспоминания о родовой боли через год и 5 лет после родов уменьшались. Однако для женщин с негативным опытом родов эта зависимость не работала, отмечают исследователи. Благоприятным свой опыт родов назвали примерно 60% женщин, участвовавших в исследовании, тогда как 10% были недовольны своими родами. У женщин, на которых роды произвели неприятное или очень неприятное впечатление, воспоминания об интенсивности болей не слабели и через 5 лет после родов. Кроме того, в ходе опросов и анализа его результатов было отмечено, что у женщин, рожавших под эпидуральной анестезией, воспоминания о боли при родах были ярче. По мнению исследователей, это объясняется тем, что женщины, родившие без анестезии, помнят пик интенсивности боли. Авторы исследования полагают, что общее впечатление женщины от родов может служить показателем того, потребуется ли ей дополнительная психологическая поддержка после родов.

Источник:

<http://www.solvey-pharma.ru/>

Начало на стр. 1

Назначение терапии, которая применялась в исследовании HUVET — арифон ретард 1,5 мг (\pm периндоприл 2–4 мг), может предотвратить 1 смерть среди 40 пациентов, 1 инсульт среди 94 пациентов. Для каждого миллиона пожилых пациентов это означает спасение 25000 жизней!

Еще на одном аспекте хочу заострить ваше внимание: для того чтобы человек оставался человеком, он должен сохранять способность мыслить. К сожалению, с возрастом происходят изменения, люди теряют когнитивные функции. Мы с вами хорошо знаем, что с артериальной гипертензией связан риск развития сердечно-сосудистых осложнений и, в частности, с высоким пульсовым давлением. Жесткость артерий, обуславливающая вот это высокое пульсовое давление, четко связана с нарушением когнитивных функций, она отчетливо выше при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции. Терапия гипертензии в различных исследованиях различными препаратами у пожилых пациентов снижала деменцию различного генеза и уменьшала когнитивное снижение.

Большинство исследований установили связь между артериальной гипертензией и болезнью Альцгеймера. Анализ показал, что когда диагностировали заболевание у лиц старше 79 лет, то они все имели более высокие цифры артериального давления до начала заболевания, это касалось и сосудистой деменции и болезни Альцгеймера.

Деменция и антигипертензивная терапия

Исследование	n	Терапия	Наблюдение, г.	Benefit
SHEP	4736	БАБ \pm Диур	4,5	\downarrow Деменции на 16% (ns)
SYST-EUR	2418	АК \pm ИАПФ \pm Диур	2	\downarrow Деменции на 50% (p = 0,05)
SYST-EUR 2	2902	АК \pm ИАПФ \pm Диур	4	\downarrow Деменции на 55% (p < 0,001)
PROGRESS	6105	ИАПФ \pm Диур	4	\downarrow деменции обусловленной инсультом на 34% (p = 0,03)
HOPE	9297	ИАПФ	4,5	\downarrow выраженности когнитивного снижения на 41% (p < 0,01)
SCOPE	4964	АРА \pm Диур	4	\downarrow выраженности когнитивного снижения на 49% (p = 0,04)

Был проведен мета-анализ результатов исследования HUVET и ранее проведенных плацебо-контролируемых исследований (Syst-EUR, SHEP and PROGRESS), который показал, что частота случаев деменции снижается достоверно, ОР составляет 0,87 (95% CI 0,76–1,00) p = 0,045. Таким образом этот год ознаменовался тем, что мы получили новые знания о том, что мы можем безопасно и весьма эффективно лечить лиц не только старше 65 лет, но и старше 80.

АНТИРЕКЛАМА

«МЦ Ариадна» у нас все помнят, эта компания в 2007 г. уже была оштрафована из-за нарушения закона о рекламе», — говорит Е. Покидова, пресс-секретарь московского управления ФАС. Но в этот раз возбудить дело по признакам нарушения рекламного законодательства и дело об административном правонарушении в отношении «Ариадны» не получилось, потому что к своему обращению Виктор Ашкенази не приложил саму рекламу. Тем не менее, по ее словам, «Ариадне» не удалось избежать общения с сотрудниками ФАС.

24 декабря Ашкенази начали звонить работники «Ариадны» и интересоваться, какие у него есть претензии. Потом Виктор поговорил с юристом «Ариадны» и написал заявление, в котором указал стоимость таблеток, которые уже принял. 26 декабря домой к Ашкенази приехала курьер и передала 230 тысяч рублей. «Люди, знавшие о моей беде, удивляются, что у меня получилось вернуть деньги», — рассказывает В. Ашкенази. И. Ларин, руководитель отдела контроля «Ариадны», говорит, что у компании имеется письмо от Ашкенази, где он подтверждает, что никаких претензий к фирме не имеет. Говорить о своих методах работы в «Ариадне» отказались.

В. Ашкенази и не думает прекращать свою борьбу, теперь он собирается добиться, чтобы компания вернула 50 тыс. руб., которые она удержала из причитающихся ему денег якобы в качестве НДС. «При возврате товара фирма обязана вернуть предъявителю всю уплаченную им сумму, НДС из этих денег не вычитается», — говорит Дмитрий Лесняк, юрист из общества защиты прав потребителей «Общественный контроль».

Куда жаловаться, если вам навязали БАДы: Московское управление ФАС России: 119017, Москва, Пыжевский пер., б. Телефон: 8 (499) 238-82-60.

Портал www.vechnayamolodost.ru

БАДы КАК НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕДА

Колл-центры БАДов

Вот такое письмо пришло на форум портала МООФФИ www.rspor.ru.

«Я работала в свое время во многих колл-центрах. Каюсь. Мало людей, особенно москвичей, представляют что это такое. Центры обычно держат люди малообразованные, пришедшие или из наперсточников, или с криминальным прошлым, с алкогольной и прочими зависимостями, например игра в казино. Представьте — большой зал с кабинками, где сидят люди. Редко встретишь грамотного человека. Но зато все поголовно врачи, профессора, работают в отделении урологии, кардиологии, ревматологии и т. д. в несуществующих институтах. Речь безграмотна. Грустно, что наши старички не избалованы вниманием и попадают в сладкие пути.

Принцип работы такой. Обычный БАД, цена которому 100–200 руб. наделяется потрясающими свойствами и продается за 6000 руб. (1 упаковка), курс за 25–40 тыс. руб. Ес-

тественно обещается полное выздоровление от диабета, гипертонии, полиартрита или алкоголизма. Даже если в некоторых центрах говорят более-менее прилично, то все равно, цена на товар завышена в несколько десятков раз.

В Москве очень много центров. Пример: за неделю оборот одного из крупных центров около 10–15 млн. руб. Заметьте, что НИЧЕГО не производится. В службе безопасности этих центров работают как всегда с большим удовольствием бывшие сотрудники МВД и ФСБ. К людям относятся как к скотине. Правда, деньги платят хорошие. Введена система штрафов, развита цепь доносов. Многие центры покупают ворованную базу покупателей других центров, но не прощают то же самое по отношению к себе. Почему-то в таких центрах хорошо работают корейцы, для них эта работа — рай.

Я себя не оправдываю, но всегда старалась обходить все острые углы и не работать в агрессивных центрах. Но это меня не оправдывает. Очень стыдно. Светлана»

Можем только поблагодарить за пусть и небольшой, но все-таки Поступок. Спасибо.

СНОВА!

Как почитать нашу газету?

СНОВА!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед
Газета высылается БЕСПЛАТНО

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 24.09.2008**

Председатель: акад. РАН и РАМН, проф. Воробьев А.И.
Секретарь: Кочина Е.Н.

Повестка дня

1. Проф., д.м.н. А.В. Недоступ, проф. В.Ф. Федорова. (ММА им. И.М. Сеченова, каф. факультетской терапии и интервенционной кардиологии имени В.Н. Виноградова). **«Некоторые трудности и спорные вопросы антиаритмической терапии»**

В последнее время на первый план вышла и получила большое развитие интервенционная кардиология, при одновременном ослаблении позиции медикаментозной терапии, связанное с исследованием CAST. При этом медикаментозная терапия остается серьезной, достаточно эффективной, но небезопасной, что создает особые сложности в работе врача.

Трудности терапии у больных с синусовой тахикардией. В большинстве случаев синусовая тахикардия бывает симптоматической или идиопатической, как проявление синдрома вегетативной дисфункции. Определенно доказано ее неблагоприятное прогностическое значение для выживаемости больных, главным образом, за счет симпатикотонии. В связи с этим возникает ряд вопросов:

- Необходимо ли терапия синусовой тахикардии?
- Какую степень синусовой тахикардии считать показанием к началу лечения?
- Должно ли лечение синусовой тахикардии быть пожизненным? Насколько безопасен прием препаратов?
- Частая невозможность этиотропной терапии (при исключении гипертиреоза, анемии, сердечной недостаточности, миокардиальной патологии, электролитных сдвигов и т. д.).
- Неясность понятия «идиопатическая» («конституциональная») тахикардия (возможность вегетативного дисбаланса не делает терапию более легкой).

■ Частая невозможность использования β-блокаторов или антагонистов кальция ввиду сопутствующей гипотонии или бронхоспазма.

■ Назначение блокатора I_r-каналов — ивабрадина (кораксана) не влияет на конечную точку, за исключением уменьшения частоты развития острого инфаркта миокарда.

Трудности при лечении вегетативной дисфункции синусового узла (синдрома слабости синусового узла)

- Незавершенность вегетотропной терапии.
- Малая эффективность учащающей ритм терапии.
- Ограниченные возможности урежающей ритм терапии (при тахи-бради синдроме) ввиду частой сопутствующей гипотонии.

В результате этого — малый интерес к проблеме и, как следствие, частая «заброшенность» больных.

■ Частая брадиаритмия, обмороки, предобморочные состояния, что вызывает большую тревогу врача и влечет за собой грубую ошибку — направление больных на имплантацию электрокардиостимулятора.

В этом случае эффективен вегето-стабилизатор клоназепам.

Экстрасистолия. Решение вопроса «лечить — не лечить». Зачастую строгое соблюдение рекомендаций «не лечить больных с экстрасистолией без органической основы» приводит к пропуску скрыто протекающей органической патологии — дисгормональной кардиопатии, инфекционно-токсической миокардиодистрофии, маломанифестного миокардита. Необходимо также учитывать субъективную тяжесть экстрасистолии.

Данные крупного исследования CAST (CARDIAC ARRHYTHMIA SUPPRESSION TRIAL) и метаанализ К.К. Тео с соавт. (1994) показали снижение выживаемости пациентов с желудочковой экстрасистолией (не менее 6 час), принимающих не только препараты IC класса (энкаинид, флекаинид, этмозин), но и ААП I, β-блокаторы, амиодарон, антагонисты кальция. В данное исследование были включены пациенты с фракцией выброса менее 55%, перенесшие инфаркт миокарда в сроки от 6 дней до 2 лет (в сроки менее 90 дней — только с фракцией выброса выше 40%).

Таким образом, при лечении экстрасистолий необходимо соблюдать следующие принципы терапии препаратами IC класса:

1. Не применять антиаритмики IC класса (в том числе этацизин и аллапинин) у больных:
 - а) с перенесенным в течение последних 6 (возможно, и более, до 12) месяцев инфарктом миокарда;
 - б) со стенокардией III–IV функционального класса, с нестабильной стенокардией, острым коронарным синдромом;
 - в) с плохим состоянием миокарда, определяемым низкой фракцией выброса, гипертрофией миокарда (толщина стенки левого желудочка 1,4 см и более), значительной дилатацией камер сердца.
2. Начинать прием антиаритмиков IC класса с небольших доз под контролем ЭКГ один раз в 2–3 суток на протяжении 10–14 дней и холтеровского мониторинга (спустя 7 и 21 день от начала лечения); прекращать прием препаратов при появлении или учащении экстрасистолии, особенно желудочковой.
3. Увеличивать дозировку в случае необходимости при соблюдении тех же принципов контроля ЭКГ.

4. При возможности проводить терапию прерывистыми курсами.

Мерцательная аритмия. С точки зрения практического врача целесообразно разделить мерцательную терапию на пароксизмальную и постоянную. Особый интерес приобретают методы интервенционной кардиологии, а именно методика радиочастотной абляции. Существует множество вопросов в показаниях, методике, тактике ведения таких пациентов. В тоже время необходимо проверять положения о назначении антикоагулянтов лицам с мерцательной аритмией, как постоянной, так и пароксизмальной формой, особенно в старческом возрасте. Автор предлагает назначать аспирин вместо варфарина.

Представлены данные о выявленных циклических нарушениях биоэлектрической активности (α-, β- и θ-ритма мозга), предшествующих развитию пароксизма мерцательной аритмии за 2–24 часа. Некоторые интересные факты в терапии пароксизмальной мерцательной аритмии:

■ Автор, в силу своего богатого врачебного опыта, считает немаловажным использование новокаинамида при пароксизмальной форме мерцательной аритмии вопреки международным рекомендациям и предлагает проверить положения о малой эффективности новокаинамида в этих случаях;

■ Неоспоримым является факт восстановления ритма в первые 48 часов у больных с редкими приступами и тяжелой клиникой;

■ Превентивная терапия после первого приступа — это использование изолированной терапии β-блокаторами или применение препаратов IC класса;

■ Необходимо использовать вегетостабилизирующие препараты в целях улучшения результатов профилактики. Так, на фоне применения клоназепама приступы становятся в 4 раза реже и в 4 раза короче.

Есть группа больных, которым амиодорон назначается по жизненным показаниям. Необходимо коррекция уровня гормонов щитовидной железы. Возможно параллельное назначение и мерказолила, и L-тироксина.

Терапия постоянной формы мерцательной аритмии заключается в адекватном урежении числа сердечных сокращений, что достигается оптимальным использованием комбинации: сердечные гликозиды и β-блокаторы (антагонисты кальция), а нерациональным является использование монотерапии β-блокаторами или антагонистами кальция.

Особенности терапии у больных с атрио-вентрикулярными блокадами. Необходимо с осторожностью использовать антиаритмики у больных с небольшим замедлением атрио-вентрикулярной проводимости (ЭКГ-контроль: не допускать нарастания PQ более 0,24 сек.). Кроме того, должна проводиться своевременная имплантация электрокардиостимулятора, предпочтительно двухкамерного, с целью предотвращения «синдрома пейсмейкера».



Вопросы к докладчику

Вопрос: Как Вы считаете, необходимы ли врачи-аритмологи в поликлиниках?

Ответ: Врач-аритмолог не может быть узким специалистом — это терапевт, который отлично разбирается в аритмологии. Скорее всего, такие специалисты должны находиться в крупных больницах, диагностических центрах.

Вопрос: Возможно ли использование поляризующей смеси с дигоксином и магнием В6 в терапии аритмий?

Ответ: Несомненно, использовать данные препараты необходимо, но они, скорее всего, относятся к группе поддерживающей терапии. А магний В6 великолепно помогает при ночных судорогах в икроножных мышцах.

Выступления:

Проф. В.М. Емельяненко. Владимир Михайлович отметил интерес к циклическим нарушениям биоэлектрической активности мозга, предшествующим развитию пароксизма мерцательной аритмии, что подтверждает его собственные данные; заинтересовался опытом применения малых доз атипичного агониста бензодиазепиновых рецепторов — препарата клоназепама, обладающего антипароксизмальной активностью.

Проф. В.Б. Яковлев. Выразив глубокое почтение лектору и его более чем 30-летнему накопленному опыту работы в аритмологии, Валентин Борисович акцентировал внимание на ценности практических умозаключений, выводах и советах докладчика.

Заключение председателя

В заключении Андрей Иванович обратил внимание на место плазмафереза при лечении пароксизмальных аритмий и в предоперационной подготовке больных с нарушениями ритма сердца. Особую значимость придать вопросу гиперкоагуляции при старении организма, а также применению дезагрегантов.

ИнтерНьюс

Секс станет дешевле

Антимонопольные чиновники Швейцарии заявили вчера, что расследование ценовой политики, которое длилось с 2006 г. и касалось фармкомпаний Pfizer, Bayer и Eli Lilly, выявило сговор между компаниями, ограничивающей конкуренцию. Как сообщает фармацевтический ресурс FirstWord, специальный комитет считает, что компании для получения выгоды влияли на цены на препараты, предназначенные для лечения эректильной дисфункции. Комитет рекомендовал антимонопольному ведомству наложить штрафы на производителей. О. Шаллер, представляющий комитет по расследованию, заметил, что с фармацевтов взыщут штрафы, либо запретят им определять цены на лекарства. Представитель Pfizer, производящей Viagra, подтвердил, что компания знает о таком разбирательстве, но заметил, что его компания все законы были соблюдены. В компаниях Eli Lilly и Bayer, владеющих брендами Cialis и Levitra, не стали комментировать решение.

Источник: gzt.ru

Сексуальная активность пожилых имеет те же минусы, что и у молодых

По данным мартовского бюллетеня ВОЗ, в США доля ВИЧ-инфицированных старше 50 лет увеличилась с 20% в 2003 г. до 25% в 2006. В Европе всего 8% случаев ВИЧ приходится на пожилых людей. В Бразилии количество ВИЧ-инфицированных людей старше 50 лет увеличилось с 7,5 до 15,7 на каждые 10000 населения в период с 1996 по 2006 г. По словам авторов бюллетеня, основным способом передачи вируса, несмотря на возраст заболевших, является сексуальный контакт. В 90-е годы появилось множество различных препаратов, повышающих потенцию и продляющих активную половую жизнь пожилых людей. В то же время эти люди, ввиду своего возраста, гораздо реже используют средства контрацепции, а врачи реже проверяют таких пациентов на ВИЧ, в результате чего заболевание диагностируется позднее. Основной проблемой, по словам специалистов, является то, что у пожилых людей иммунитет обычно ослаблен, и развитие симптомов СПИДа происходит быстрее, чем у молодых пациентов. Ожидаемая продолжительность жизни для заболевших СПИДом людей в возрасте от 65 лет составляет всего 4 года.

Источник: medportal.ru

Центры высокотехнологичной медпомощи будут достраивать «Ростехнологии»

Президент Д. Медведев подписал указ о передаче полномочий по строительству центров высокотехнологичной медпомощи государственной корпорации «Ростехнологии». Ранее строительство курировал Минздравсоцразвития, пишет «Время новостей». По мнению опрошенных изданием экспертов, освобождение от этого проекта существенно облегчит положение ведомства Т. Голиковой. Реализация проекта по возведению 14 центров высокотехнологичной медпомощи в регионах РФ началась в 2006 г. Общий объем его финансирования составил порядка 32 млрд. руб., из них к настоящему времени израсходованы 13 млрд. Строительство центров планировалось завершить не позднее 2010 г., а первые 4 из них должны были быть достроены еще в 2007 г. Однако строительство затянулось, и к настоящему времени полностью готовы только 3 центра — в Пензе, Чебоксарах и Астрахани. Т. Голикова признала, что в изменившихся экономических условиях завершение проекта придется перенести на 2011 г. Помимо затягивания сроков строительства у проекта есть и другие проблемы. Как пояснил «Времени новостей» директор Открытого института здоровья Алексей Бобрик, уже после введения в эксплуатацию новые центры столкнутся с такими трудноразрешимыми вопросами, как организация доставки пациентов, эксплуатация и ремонт сложного оборудования, нехватка расходных материалов и, наконец, недостаток квалифицированных специалистов. «Кризис заставил снизить статус многих амбициозных проектов и отнестись к ним более прагматично. А строительство, на мой взгляд, весьма сомнительных медицинских центров стало просто гиблым делом», — полагает А. Бобрик.

Источник: Лента ру

ИнтерНьюс

Жить в Москве хорошо

За последние 12 лет средняя продолжительность жизни москвичей увеличилась на 9 лет, в то время как в целом по России увеличение составляет всего 1,5 года. Об этом сообщили в столичном департаменте здравоохранения. Ожидаемая продолжительность жизни, таким образом, составляет сейчас в Москве 69 лет для мужчин и 76 лет для женщин, а по России в целом — 60 и 73 года соответственно. Такая тенденция связана с улучшением демографической ситуации в Москве: рождаемость увеличилась с 9,6 на 1000 человек в 2007 г. до 10,3 на 1000 человек в 2008 г. Смертность в столице также снижается и в 2008 г. составила 11,9 на 1000 человек, что значительно ниже значения этого показателя по России — 14,7 на 1000. Младенческая смертность в Москве снизилась с 10,9 на 1000 родившихся живыми в 2000 г. до 6,5 на 1000 в 2008 г. К слову, если не учитывать иногородних детей, этот показатель составит лишь 4,3 на 1000 родившихся живыми, что соответствует европейским показателям.

Источник: medportal.ru

Бионические глаза в жизнь

Семь месяцев назад в лондонской глазной больнице Мурфилдс (Moorgfields) 73-летнему британцу была сделана экспериментальная операция по вживлению бионического глаза Аргус II (Argus II). После операции пациент, потерявший зрение 30 лет назад, снова смог увидеть дневной свет, дорожную разметку и даже отличать носки белого, серого и черного цветов. Бионический глаз Аргус II состоит из камеры и видеопроцессора, которые закреплены на очках. Процессор преобразует оптические сигналы в электрические импульсы, отвечающие за темные и светлые участки изображения. Далее радиопередатчик посылает импульсы на приемник, закрепленный около глаза. Оттуда через кабель они попадают на имплантат, представляющий собой чип размером 1 на 1 миллиметр с 60 электродами, вживленными в сетчатку. От сетчатки импульсы по зрительному нерву попадают в мозг. Данное устройство было разработано американской компанией Second Sight для пациентов, страдающих различными заболеваниями, вызывающими поражение сетчатки, такими как дистрофия желтого пятна или пигментный ретинит. Пигментный ретинит — генетически обусловленное заболевание и обычно диагностируется в детстве. С годами болезнь прогрессирует, приводя к полной потере зрения. На данный момент в мире было сделано 18 операций по установке глаза Аргус II, включая три операции в глазной больнице Мурфилдс в Лондоне.

Источник: МедНовости

Мы наш, мы новый центр построим...

В июне 2011 г. в России должен открыться современный Центр детской гематологии, онкологии и иммунологии, финансирование строительства которого осуществляется полностью за счет государства. По словам директора Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии А. Румянцев, строительство Центра в Москве ведут немецкие специалисты. «В Германии создан комитет поддержки, в который вошли 28 человек. Для них это очень престижный вариант. Они предложили правительству России подготовить кадры, сертифицировать наш Центр, все его подразделения по европейским стандартам. В нем станут проводиться трансплантации печени, почек, сердца, легкого», — сообщил Румянцев. Аналогов строящемуся Центру нет в Европе. Как отметил А. Румянцев, он включает в себя все новейшие технологии, банк доноров, банк костного мозга, банк стволовых клеток, специальный лучевой центр, эндоваскулярную и эндоскопическую хирургию, специальные операционные, где с помощью манипулятора можно оперировать детей разного возраста, и так далее. Кроме того, по словам Румянцева, при Центре будет работать «социальная гостиница для детей и родителей, которые могут приехать и жить за государственный счет, пока дети лечатся».

Источник: remedium.ru

АНТИРЕКЛАМА

В редакцию пришло письмо следующего содержания: «К вопросу «ИБС: таблетки или «скальпель»?» Тематика, поднятая кардиологическим советом МГНОТ 20 марта 2008, по всей вероятности, будет актуальна ещё длительное время. Но почему вопрос поставлен именно так? Разве нет альтернативы? Вот об этом и хотелось поговорить. Давайте посмотрим фактам в глаза. Что нам даёт современная медикаментозная терапия?»

Прочитав «Парламентскую газету» от 10.XI.05 статью А. Кондрашина «Одно лечим, другое калечим...». «Госпитализация людей в связи с неблагоприятными побочными лекарствами в некоторых странах может составлять не менее 10 процентов от общего показателя госпитализируемых, а годовая стоимость содержания подобных больных для общественного здравоохранения составляет сотни миллионов долларов. Например, в США в 2001 году расходы, связанные с выявленной заболеваемостью и смертностью, обусловленной лекарственной терапией, превысили 177 миллиардов долларов».

Не имея данных о состоянии данного вопроса в РФ, приходится оперировать данными других развитых стран. По данным ВОЗ на первом месте стоит смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Основная причина смертности — ишемическая болезнь сердца (ИБС). В развитых странах на лечение заболеваний только сердечной патологии расходуется до 10% всех затрат на здравоохранение. Так, в США эти затраты составляют \$102 млрд. (9,6% от всех расходов). Считается, что современное медикаментозное лечение даёт основание говорить об определенных успехах в плане выживаемости и улучшения качества жизни больных ИБС. Однако исследователями, проводившими 5-летнее проспективное наблюдение за больными со стабильной стенокардией, было выявлено, что показатель летальности (2,8% в год) в группе больных, получавших систематическую медикаментозную терапию, не отличался от такового в группе не получавших такового лечения. Так что же получается? Раз таблетки «не работают», остаётся скальпель? А как же насчет альтернативы? Таковая существует, но почему-то игнорируется.

На сегодняшний день квантовая терапия по праву считается приоритетным немедикаментозным направлением в отечественной медицине. Не зря Комитет по охране здоровья и спорту Государственной Думы 24 января 2002 года (протокол № 63) принял решение о развитии в РФ квантовой медицины. В этом решении сказано: «Считать технологии квантовой медицины одним из приоритетных направлений развития отечественного здравоохранения».

Итогом рабочего совещания с заместителем председателя правительства РФ А.Д. Жуковым, посвященного вопросам внедрения квантовой медицины во все области отечественного здравоохранения, явилось соответствующее поручение (№ АЖ-П7-6713 от 17.12.04 г.) заинтересованным министерствам и ведомствам.

Странно, но все решения и поручения нашей Думы и правительства РФ, чиновников Минздрава не волнуют. Гораздо более увлекателен процесс закупок импортных медикаментов, ну, а какова их эффективность — дело десятое. Перейдём к фактам.

Сокращение смертности от ИБС за 10 лет наблюдения вдвое — с 19% (в контрольной группе) до 9% (в группе пролеченных с помощью квантовой терапии).

Данные 5-летнего наблюдения за более чем 1000 больных ИБС показали, что проведение повторных курсов квантовой терапии резко снижает частоту развития инфаркта миокарда: 8,5% в группе получавших только кван-

товую терапию, 132,2% (у многих были повторные инфаркты) в группе получавших современное медикаментозное лечение.

Исследования, проведенные в Центре сердечно-сосудистой патологии им. А.Н. Бакулева [не беда, что такого института нет, а то вдруг скажут, что таких исследований не было — А.В.] показали, что при лечении 159 больных с ИБС

с нарушениями сердечного ритма только методами квантовой терапии получены следующие результаты. У больных с пароксизмами

КВАНТОБРЕДНИ



фибрилляции и трепетания предсердий (89 больных), пароксизмами фибрилляции и атриовентрикулярной тахикардии (33 б-х), предсердной тахикардии (34 б-х) уже после первого курса лечения отмечено уменьшение частоты экстрасистол на 87,9% по сравнению с исходными данными [опять не беда, что пароксизмы фибрилляции и трепетание предсердий ну совсем не экстрасистолия; тут вообще каша терминологическая — А.В.].

Квантовая медицина — это новое, перспективное, бурно развивающееся, высокоэффективное направление современной медицины. По лечению ИБС методами квантовой терапии защищено более десятка кандидатских и докторских диссертаций. Так кто сможет объяснить — почему высокоэффективные, малозатратные технологии игнорируются специалистами? Главный врач ассоциации «Квантовая медицина», д.м.н. Л.И. Гусев»

Игнорируется. Видимо, из-за сомнений в правдивости всего сказанного выше. На сайте ассоциации «Квантовой медицины» автор письма господин Гусев Леонид Иванович, д.м.н. и врач высшей категории вместо своих научных публикаций в международных журналах гордо указывает, что он участник шести международных конференций (Москва, Словения, Германия, Ирак). Коллеги, Вам приходило в голову указывать в качестве важного факта Вашей научной биографии количество конференций, в которых Вы участвовали? Леонид Иванович приглашает на свои консультации по широкому профилю заболеваний: онкология, кардиология, педиатрия, остеохондроз, артриты и артрозы, заболевания сосудов, а также при состояниях, когда Вы чувствуете себя больным, а врачи не могут поставить диагноз. Знаете, как доктора в указанной ассоциации диагностируют и лечат «приоритетным немедикаментозным на-

Продолжение на стр. 5 ↗

КАРДИАЛГИИ

4-е издание, переработанное и дополненное
А.И. Воробьев, Т.В. Шишкова,
И.П. Коломойцева, П.А. Воробьев

Издательство НЬЮДИАМЕД
2008 г.

Книга посвящена кардиалгии — симптому очень многих болезней, в большинстве из которых связаны с собственно патологией сердца. В ней описаны клиника, диагностика и лечение при кардиалгии, возникающей вследствие болезней нервной системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, некоторых поражений сердечной мышцы (при гипотиреозе и тиреотоксикозе), алкогольная и медикаментозная кардиопатия, кардиалгия при пролапсе митрального клапана. Особое внимание уделено климактерической кардиопатии — наиболее частой причине болевого синдрома, который приходится дифференцировать с синдромами коронарной недостаточности. В 4-м издании (1-е издание вышло в 1973 г., 2-е — в 1980 г., 3-е — в 1998 г.) материал существенно переработан и дополнен.

Книга рассчитана на терапевтов, кардиологов, гинекологов, психиатров и врачей других специальностей.

Начало на стр. 4 ↗

правлением в отечественной медицине»? Для начала: зачем навыки диагностики — покупайте «Кабинет квантовой диагностики и терапии АРМ «П-т». Панорамная экспресс-диагностика всего организма, эффективные методики терапевтической коррекции: квантовая терапия, гомеопатия, рефлексотерапия, фито- и натуротерапия. Варианты комплектации:

1) Программное обеспечение «Ф-ль». Справочная и обучающая система по электропунктуре Р. Фоля, содержащая исчерпывающую информацию о биологических активных точках: их назначении, типе, обозначении, локализации.

2) Программное обеспечение «Квантовая терапия». Программа представляет собой электронную версию методических пособий по квантовой (магнитоинфракрасной лазерной) терапии, содержит всю необходимую справочную информацию и пояснения к зонам терапии. Программа содержит более 150 базовых авторских схем квантовой терапии для лечения 200 заболеваний неинвазивным, экологически чистым, высокоэффективным методом. Программа предназначена для составления индивидуального рецепта терапии конкретному пациенту с учетом всех особенностей состояния здоровья на текущий период.

3) Справочная и обучающая система по аурикулярной рефлексодиагностике. Авторская система многофакторного анализа: помимо показателя электроаномальности в точке измерения, учитываются также субъективные ощущения пациента (болезненность при нажатии), патологические изменения (цветовые и морфологические). Выводы о наличии, выраженности, а также о характере течения патологического процесса (острое, хроническое, обострение, ремиссия и т. д.). Автоматизированная система для проведения экспресс-диагностики состояния организма человека. Дифференциальная диагностика по различным маршрутам обследования (по 10 основным системам организма).

4) Программное обеспечение «Гомеопатия». Набор трескучих фраз. Какое там наследие Захарьина и Боткина, купил аппарат, ткнул датчиком в ушную раковину — и диагноз готов. Кроме «диагностических» приборов, контора предлагает целый ряд терапевтических приборов. Вот как «доступно» для потенциальных покупателей «квантовщики» излагают конструктивные особенности неграмотному покупателю-больному: «Аппараты квантовой терапии выполняют одинаковые функции, но имеют конструктивные отличия. По понятным всем автомобильным меркам можно ориентироваться примерно так: Р-А® 04/4 — внедорожник; К-А® — лимузин; Э-Л® 1 — малолитражка; Э-Л® 2 — легковой автомобиль».

Естественно, никаких научных, в нормальном понимании этого слова, исследований применения приборов найти не удастся. То, что находится, представляет из себя жалкую пародию на клиническое испытание. «Современная квантовая терапия больных туберкулезом проводится полифакторными аппаратами. Так, в Липецком областном туберкулезном диспансере за период с 1995 по 1998 гг. комплексное лечение с включением квантовой терапии было проведено 416 больным различными формами туберкулеза.

Наряду с химиотерапией проводилась квантовая терапия полифакторными аппаратами «Р-А». Все больные закончили лечение с хорошим эффектом. Отмечено рассасывание инфильтратов, экссудата, прекращение бацилловыделения и закрытие полостей распада. У больных экссудативным плевритом наблюдался лучший эффект. У них было меньше остаточных изменений в виде плевральных наслоений, сращений, деформаций купола диафрагмы, чем у больных, пролеченных без квантовой терапии. У больных туберкулезом органов дыхания срок стационарного лечения сократился в среднем на 3—4 недели по сравнению с больными контрольной группы. Больные саркоидозом закончили курс стационарного лечения с полным рассасыванием во внутритрудных лимфоузлах и легких (46%), значительное улучшение наблюдалось у 43% больных, клиническое улучшение без рентгенологически определяемой динамики было у одного больного. У больных туберкулезом легких, страдающих различными сопутствующими заболеваниями костей и суставов, на фоне квантовой терапии клинический эффект был получен в виде снятия отека пораженных суставов, уменьшения и снятия болей, восстановления функции. Исследователи отмечают, что проведенный анализ пролеченных больных дает основание считать, что квантовая терапия не дает побочных эффектов, хорошо переносится и может применяться как при лечении основного заболевания, так и для терапии сопутствующей патологии». Сложили проценты с одним больным, у всех все рассосалось в среднем... Грустно. Рассудок и здравый смысл не то, что оспа: привить нельзя.

Кстати, про Гос. Думу и зампреда А.Д. Жукова «квантовщики» не врут. Но принципы, которыми руководствуются наши руководители, — уже давно загадка для простых смертных. За неделю до указанного «рабочего совещания» руководитель Комиссии по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований президиума Российской академии наук, академик РАН, доктор физико-математических наук, профессор, заместитель директора Института ядерной физики им. Г.И. Будкера Эдуард Павлович Кругляков в интервью дословно говорит: «Что касается приборов квантовой медицины, могу сказать, что это грубый, беззастенчивый обман ради наживы. Никаких исследований, научных обоснований приборов — ничего этого нет. Опять-таки, обратитесь к научным журналам и найдите хотя бы одну серьезную публикацию, посвященную квантовой медицине. Ничего не найдете. О ней шумят только СМИ». Но у нас ведь правительство и Дума в науке разбираются лучше академиков...

Грустно, что научное сообщество не гнушается сотрудничать с этими псевдоучеными, по крайней мере, на сайте «квантовщиков» есть объявление: «Ассоциация «Квантовая медицина» совместно с Российской медицинской академией последипломного образования (РМАПО) ежемесячно проводит курсы повышения квалификации по теме «Лазерная медицина».

Пока живут на свете люди, которые за 1,5 часа хотят «полную диагностику без врача и эндоскопа», мошенники будут процветать!

А. Власова

Изучение состояния здоровья медицинских работников в нашей стране начинается с Постановления, принятого 4-м Губернским съездом Московского отдела союза «Всемирный медицинский труд» в феврале 1922 г. Съезд отметил «необходимость начать работу по изучению вредных условий труда медсанотдела, усилив одновременно мероприятия по охране его от этих вредностей». Было организовано научно-консультативное бюро по изучению профессиональных вредностей медицинского труда. Было установлено, что показатели заболеваемости медицинских работников зависят от характера профессиональных вредностей. С.М. Богословский (1925) установил, что заболеваемость туберкулезом врачей противотуберкулезных учреждений в 5—10 раз выше заболеваемости их коллег других специальностей, обратил внимание, что медицинские работники часто занимаются самолечением или получают медицинскую помощь по месту работы, в результате чего статистические данные об их заболеваемости оказываются ниже истинных. С тех пор ситуация не изменилась в лучшую сторону: В.И. Покровский (2008) отмечает «серьезную опасность туберкулез представляет и для медицинских работников. Заболеваемость им среди медперсонала в несколько раз выше, чем в общей популяции населения».

Результат деятельности медицинских работников во многом определяется состоянием здоровья самих медработников. На врача действует комплекс факторов физической, химической, биологической природы и высокое нервно-эмоциональное напряжение, он подвергается функциональному перенапряжению отдельных органов и систем организма (от перенапряжения опорно-двигательного аппарата до перенапряжения органа зрения).

Нами проанализированы истории болезни 397 медработников, обратившихся на клинико-экспертную комиссию Самарского областного центра профпатологии за последние 15 лет: 147 врачей, 196 медицинских сестер, 15 фармацевтов, 3 провизора, 18 лаборантов, 4 зубных техника, 14 человек

младшего медицинского персонала. В зависимости от действующего причинного фактора обследованных разделили на 6 групп и получили этиологическую структуру профессиональных заболеваний медицинских работников.

1-я группа (253 человека — 63,6%) — профессиональное заболевание связано с воздействием биологических факторов,

2-я группа (90 человек — 22,6%) — профессиональные аллергии вследствие воздействия антибиотиков пенициллинового ряда, витамины группы В, кислот, щелочей, растворителей, латекса, дезинфицирующих средств.

3-я группа (39 человек — 10%) — профессиональные заболевания токсико-химической этиологии,

4-я группа (12 человек — 3,0%) — профессиональное заболевание от перенапряжения отдельных органов и систем организма, в эту группу вошли хирурги с варикозной болезнью и стоматологи с шейно-плечевой радикулопатией,

5-я группа (2 человека — 0,5%) — медицинские работники у которых диагностированы профессиональные заболевания от действия физических факторов — вегетативно-сенсорная полиневропатия от воздействия контактного ультразвука у 1 врача УЗИ-диагностики и рецидивирующая базалиома кожи у 1 врача-рентгенолога, возможно от воздействия рентгеновских лучей,

6-я группа (1 больной — 0,25%) — профессиональные новообразования.

Если сравнить структуру диагностированных заболеваний со списком профессиональных заболеваний (Приказ № 90 Минздравмедпрома от 14.03.96 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии»), то она целиком соответствует и ему, и структуре профессиональных заболеваний медиков, выявляемых в других регионах. Из 7 групп, указанных в списке, нами выявлены 6 (за последний год обследованы 2 зубных врача с

ИнтерНьюс

Эпидемия подагры. Только в Англии?

По данным исследования, проведенного Обществом подагры Великобритании в 2007 и 2008 годах, количество людей, страдающих этим заболеванием, увеличилось на 17%, а врачи общей практики выписали на 7% больше рецептов на лекарства от подагры. Обычно подагра развивалась у мужчин старше 40 лет, но в последнее время увеличилось количество случаев заболевания среди молодых людей, сообщил представитель Общества подагры Великобритании, доктор Кесли Джордан. По его мнению, в последнее время увеличилось не только число больных в возрасте до 30 лет, но и доля женщин среди общего количества пациентов. По данным Общества подагры, Национальная служба здравоохранения Великобритании ежегодно тратит более 6 миллионов фунтов стерлингов на борьбу с подагрой, тогда как число больных составляет около 1,5% населения страны.

Источник: medportal.ru

Стрептококку бой

Каждый год около 15 миллионов детей во всем мире заболевают ревматической болезнью сердца. Полмиллиона детей ежегодно от нее умирает. До настоящего времени было известно лишь то, что существуют штаммы стрептококка, неизбежно вызывающие ревматическую болезнь сердца. У бактерий этих штаммов на поверхности клеточной стенки находится специфическая комбинация белков, называемая PARF-мотивом. Аббревиатура PARF происходит от английского «protein associated with rheumatic fever», то есть «белок, ассоциированный с ревматической лихорадкой». Профессор Сингх Чатвал и его коллега Патрик Ницше-Шмитц из Центра инфекционных исследований Гельмгольца в Германии продемонстрировали роль, которую PARF-мотив играет в развитии ревматической болезни сердца. На основе этих знаний сегодня они разрабатывают эффективную тест-систему, которая должна помочь диагностировать это заболевание на самых начальных стадиях, а значит, стать незаменимым средством борьбы с ним. Это небольшой фрагмент белкового комплекса, расположенного на клеточной стенке бактерии и необходимого для ее адгезии к мембранам клеток человека. Ревматическая лихорадка распространена в основном в развивающихся странах, где дети не получают необходимой терапии антибиотиками. Бактерии колонизируют коллагеновые структуры в организме. Коллаген — один из самых распространенных белков нашего тела, в большом количестве присутствующий в хрящевой и костной ткани, в рыхлой и плотной соединительной ткани. Он также входит в состав сердечных клапанов и содержится в стенках сосудов. Адгезия бактерий к коллагену «запутывает» иммунную систему человека, что приводит к развитию иммунной реакции не только против бактерий, но и против собственных коллагеновых структур организма. Это становится причиной развития аутоиммунной патологии, в результате которой разрушаются сердечные клапаны и нарушается функция сердца. В целом лишь 5% всех инфекций воздухоносных путей, вызываемых стрептококками, заканчивается развитием аутоиммунитета против коллагена. Однако, чтобы выявить эти 5%, необходима тест-система, выявляющая PARF-мотив стрептококков. Такая тест-система, используемая в рутинных процедурах медицинского осмотра, могла бы спасти жизни множеству детей.

Источник: Cbio

ДЛО шагает по Хакасии

Доктор В. Баев с коллегами оценили итоги реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения в республике Хакасия. Частота отказа от льгот в пользу денег составила 52,2%, средняя стоимость рецепта — 562 руб. Выявлено, что врачами по-прежнему часто назначаются препараты, не входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, по тендеру закупаются не исследованные и никому неизвестные генерики. В то же время есть тенденция к улучшению ситуации в 2008 г. по сравнению с 2005 г., что связано с выделением отдельного финансирования «сиротских» технологий и более строгим следованием стандартам ведения больных.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008, № 12

Продолжение на стр. 6 ↘

ТРУД И ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В.В. Косарев, С.А. Бабанов

ИнтерНьюс

И в Америке бывают грязные шприцы

Шприцы с растворами гепарина и хлорида натрия, произведенные на заводе компании AM2PAT Inc. в 2006—2007 гг., не прошли проверку на стерильность из-за стремления производителей снизить расходы на производство. Применение загрязненных бактериями препаратов привело к массовым заболеваниям пациентов в штатах Колорадо, Техас, Иллинойс и Флорида. Число пострадавших начиная с 2007 г. составило от 200 до 300 человек. У некоторых из них введение нестерильных растворов привело к тяжелым инфекционным поражениям центральной нервной системы, оставившим пожизненные неврологические нарушения, 5 пациентов умерли. По фактам нарушений были заведены уголовные дела, партии шприцев с нестерильными растворами были отозваны. Фигуранты дела объявлены в международный розыск. По мнению прокурора Джорджа Холдинга, исполнительный директор AM2PAT Д. Пател бежал из США на родину в Индию. Ему было предъявлено обвинение по 10 пунктам, включая мошенничество и подделку документов. Менеджер завода А. Пател и руководитель контроля качества Р. Кумар Шарма были в понедельник приговорены к 4,5 годам тюремного заключения каждый.

Источник: medportal.ru

Все станет еще лучше...

Приоритетными направлениями в работе российских медиков в этом году станут развитие экстремальной медицины, борьба со СПИДом и пропаганда донорства. Об этом сообщил руководитель Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) В. Уйба на заседании коллегии ведомства. «Совершенствование экстренной медицинской помощи гражданам, попадающим в экстремальные ситуации в результате различных аварий и инцидентов, вооруженных конфликтов и терактов, станут одним из важнейших разделов нашей деятельности в этом году», — отметил Уйба. Он напомнил, что в прошлом году учреждения ФМБА принимали активное участие в оказании помощи пострадавшим в Южной и Северной Осетии, Египте и Израиле. Так, в ходе грузино-югоосетинского конфликта медицинскую помощь получили 400 человек, из них 42 человека прошли лечение в стационарах ФМБА. Министр здравоохранения и социального развития Т. Голикова вручила руководителю ФМБА орден за мужество и самоотверженность, проявленные при оказании помощи пострадавшим в ходе грузино-югоосетинского конфликта. По словам Уйбы, в этом году планируется уделить особое внимание «подготовке и повышению квалификации специалистов бригад экстренного медицинского реагирования, обеспечению реабилитации пострадавших». Еще одним важным направлением деятельности ФМБА, по словам ее руководителя, станет развитие службы крови в России. В частности, будет вестись разработка национального стандарта «кровь донорская и ее компоненты. Заготовка, переработка и обеспечение безопасности», будет сформирована Единая информационная база для развития донорства. Российские медики в этом году также активизируют работу по «стабилизации уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией». «Одной из основных задач является интенсификация работ по созданию отделов по борьбе с ВИЧ-инфекцией», — отметил Уйба. По его данным, на 1 января этого года в 30 городах России было зарегистрировано 4 тыс. 890 ВИЧ-инфицированных. Смертность от болезни продолжает расти, так к концу 2008 г. она достигла 562 случаев.

Источник: АМИ-ТАСС

Вставьте палец в USB-порт

Молодой финский программист Джерри Явала, лишившийся безымянного пальца левой руки в авткатастрофе, использует две свои искусственные фаланги в качестве удобного корпуса для USB карты памяти. Как рассказывает Явала на своем сайте, вместо утраченного пальца у него установлен съемный протез, в который вмонтирована карта памяти. «Когда я пользуюсь USB, я просто отсоединяю палец и вставляю его в разъем, а позже, когда заканчиваю работу — вынимаю его», — рассказывает Явала. Сейчас, по словам программиста, на его пальце-флэшке хранятся несколько программ, в частности, Billix, CouchDBX и Ajatus. Явала планирует усовершенствовать протез, сделав кончик пальца съемным и установив в него RFID-метку.

Источник: www.vechnayamolodost.ru

Начало на стр. 5

подозрением на пылевой гиперчувствительный альвеолит (7-я позиция списка), диагнозы не подтвердились, но такое заболевание описано в литературе).

К многочисленной группе профессиональных болезней медицинских работников относятся инфекционные и паразитарные заболевания, однородные с той инфекцией, с которой работники находятся в контакте во время работы. Вирусные гепатиты лидируют среди всех профессиональных заболеваний медицинских работников. Клиникой профессиональных заболеваний СамГМУ были проведены специальные диагностические исследования, в результате которых выяснилось, что 157 человек (39,5% от всех случаев выявленной патологии) больны вирусным гепатитом, среди заболевших было 82 врача, 72 медсестры, 2 лаборанта и 1 санитарка. Стаж работы больных вирусным гепатитом до постановки диагноза — от 8 до 38 лет. По этиологическому признаку было выделено 2 основных группы заболеваний — гепатит В, диагностированный у 62 человек, гепатит С — у 80 человек, редко встречались смешанные гепатиты — 15 человек (В + С, В + С + Дельта). «Входными воротами» для инфекции становились поврежденные во время операций, инъекций, эндоскопических исследований кожные покровы (93%); а также заражение происходило при попадании инфицированного материала на слизистые оболочки (7%).

Так из числа 82 инфицированных вирусным гепатитом врачей 28 хирургов, 12 травматологов, 11 акушеров-гинекологов, 6 врачей-реаниматоров, 5 врачей отделений гемодиализа, 4 стоматолога, 3 терапевта, по 2 заболевших среди инфекционистов, урологов, врачей-лаборантов, офтальмологов и по 1 случаю заболевания зафиксировано среди гематологов, невропатологов, дерматовенерологов, эндоскопистов, иглорефлексотерапевтов. Среди 72 инфицированных вирусным гепатитом медицинских сестер 33 процедурные медицинские сестры, 18 операционных, 9 «палатных», 6 медсестер-инфекционистов, 3 медсестры-анестезистки и 3 медсестры гемодиализа.

Вирусный гепатит В выявлен у 62 человек, из них 28 человек врачи и 33 медицинских сестры; из младшего медицинского персонала пострадала 1 санитарка лаборатории в результате ранения рук стеклами разбитой пробирки, содержащей кровь. Среди врачей вирусный гепатит С выявлен среди 39 человек. Среди медицинских сестер зафиксирован 41 случай заболевания вирусным гепатитом С.

При анализе динамики заболеваемости по годам наблюдения выявлено, что с 1990 по 1996 гг. наблюдался рост заболеваемости гепатитом В (от единичных случаев до 12 в год), затем количество случаев гепатита В уменьшается. Хронический гепатит С в 1990—1994 гг. не диагностировался, а в 1995—1998 гг. выявлялось по 1—2 случаям в год. Начиная с 2001 г., отмечается рост заболеваемости до 21 случая в 2004 г. Хронические гепатиты смешанного типа регистрировались нами за исследуемый период, начиная с 1995 г., по 1—2 случаям в год.

В настоящее время происходит некоторое снижение заболеваемости гепатитом В, что связано с проведением иммунизации медицинских работников, большей внимательностью врачей к своему здоровью (более регламентированное использование средств индивидуальной защиты). В числе особенностей вирусного гепатита у медицинских работников — частое развитие смешанных форм гепатита (В + С), что утяжеляет клинику заболевания и его прогноз; развитие вирусного гепатита на фоне предшествующего токсико-аллергического поражения печени (лекарственный, химический гепатит).

Для диагностики профессионального вирусного гепатита и связи диагноза гепатита с выполняемой работой необходимо в санитарно-гигиенической характеристике или карте эпидемиологического расследования описывать имевшие место случаи повреждения перчаток, кожных покровов и т. д. во время манипуляции и указывать фамилии больных с положительными маркерами вирусного гепатита. При этом вероятность инфицирования составляет более 30%.

Заражение туберкулезом медицинских работников может произойти как в противотуберкулезных учреждениях, так и в лечебных учреждениях общей сети. Заражению подвержены медицинские работники со стажем работы до 5 лет. Среди выявленных больных 30 врачей (2 хирурга-фтизиатра, 17 фтизиатров, 5 терапевтов, 2 рентгенолога, 1 пульмонолог, 1 инфекционист, 1 врач-статист, 1 полостной хирург), 53 медицинских сестры (30 медицинских сестер противотуберкулезных ЛПУ, 6 лаборантов противотуберкулезного диспансера, 3 медицинские сестры ЛПУ общего профиля, 8 лаборантов судебно-медицинской экспертизы, 3 медицинских сестры противотуберкулезной больницы для осужденных, 2 фельдшера скорой медицинской помощи, 1 зубной техник), 13 санитарок (1 из патолого-анатомического отделения ЛПУ общего профиля, 1 из бюро судебно-медицинской экспертизы, 11 санитарок противотуберкулезных ЛПУ). Туберкулез у медицинских работников как правило протекает в виде «малых форм» — очагового, инфильтративного туберкулеза, туберкулемы верхних долей легких, туберкулезного плеврита.

Профессиональная бронхиальная астма является одним из распространенных аллергических заболеваний медицинских работников, она была диагностирована у 56 человек, что составляет 62,2% среди всех выявленных аллергических заболеваний за данный период (крапивница 18,9%, аллергические риниты 8,9%, аллергические дерматиты 10,5%). Бронхиальная астма диагностирована у 9 врачей, 6 фармацевтов, 39 медицинских сестер и 2 провизоров. Преоблада-

ние среди больных профессиональной бронхиальной астмой медицинских сестер — преимущественно процедурных — связано с тем, что они имеют контакт с более широким спектром веществ, обладающих алергизирующим действием. По нашим данным, ведущими этиологическими факторами, вызывающими бронхиальную астму, являются латекс, дезинфекционные вещества — сульфатиазол, хлорамин, формальдегид, антибиотики, растительное лекарственное сырье, химические компоненты диагностических наборов.

Стаж работы в контакте с аллергенами до постановки диагноза профессионального заболевания аллергического генеза колебался от 5 до 29 лет.

Поражение верхних дыхательных путей химическими веществами раздражающего действия встречались у младшего медицинского персонала, работников лабораторий в форме неспецифических катаров слизистой оболочки, у стажированных работников исходом катарального ринита был хронический атрофический ринит.

Токсические и токсико-аллергические гепатиты развивались у медицинских работников от воздействия средств для наркоза и антибактериальных препаратов. При изучении микроклимата операционных было обнаружено, что даже при нормально функционирующей системе вентиляции концентрация наиболее широко распространенного анестетика — эфира в зоне дыхания анестезиолога превышает ПДК в 10—11 раз, в зоне дыхания хирурга — в 3 раза.

В нашей практике встречались профессиональные заболевания медицинских работников от воздействия ультразвука — 1 человек (вегетативно-сенсорная полиневропатия) и рентгеновского излучения (1 рентгенолог — рецидивирующая базалиома кожи).

Профессиональные невроты у медицинских работников могут развиваться при длительном непосредственном обслуживании душевнобольных людей — работа медицинского персонала в психиатрических учреждениях, в том числе преподаватели и обслуживающий персонал для психически неполноценных детей. В настоящее время начинают говорить о «синдроме выгорания» среди медицинских работников. Синдром выгорания — это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы, выработка личностью психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, которым постоянно подвергаются медицинские работники.

Пребывание в вынужденном положении ведет к довольно быстрому развитию функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата, которая проявляется усталостью, болями. Первые признаки утомления (например, мышц рук у оториноларингологов) возникают уже через 1,5—2 года работы и связаны с усталостью рук. При частом пребывании (на протяжении более 8—10 лет) в вынужденной рабочей позе (оториноларингологи, хирурги, стоматологи и зубные врачи и др.), нарушения приобретают стойкий характер, вплоть до формирования отдельных заболеваний опорно-двигательного аппарата, нервной и сосудистой систем. В нашей практике встречались варикозное расширение вен нижних конечностей у хирургов и шейно-плечевая радикулопатия у стоматологов. При этом диагноз профессиональной шейно-плечевой радикулопатии ставится медицинским работникам через 10—15 лет после появления первых признаков болезни. Варикозная болезнь нижних конечностей была характерна для стажированных хирургов, диагноз ставился в возрасте после 50 лет, через 30 лет от начала работы и 8—10 лет после появления первых признаков болезни. При этом профессиональным признавалось только осложненная варикозная болезнь нижних конечностей с явлениями тромбоза.

При подозрении на профессиональное заболевание медицинские работники направляются в региональные (областные) центры профпатологии, НИИ профпатологии или кафедры профессиональных болезней медвузов, так как только они имеют право установления диагноза профессионального заболевания. Социальное обеспечение при профессиональных заболеваниях осуществляется в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с повреждением здоровья медицинского работника, на его медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, включая расходы на дополнительную медицинскую помощь, и на приобретение лекарств; на посторонний уход за больным с профессиональным заболеванием, санаторно-курортное лечение, включая оплату дополнительного отпуска на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, стоимость проезда к месту санаторного лечения, а в необходимых случаях также стоимость проезда сопровождающего его лица к месту лечения и обратно, их проживание и питание; на обеспечение специальными транспортными средствами.

ПИСЬМА

Всем!

Большое спасибо за качество газеты, за широту информативности, за доступность (бесплатность) — позволяет периодически подниматься над рутинной ежедневной работой!

Большое спасибо за конференции на Ленинском проспекте — всегда интересны!

Терапевт-гастроэнтеролог
Кованова Л.А.

Великие люди в нашем представлении ассоциируются с собственными памятниками. Сидит на постаменте бронзовая фигура и размышляет над проблемами. Вот и Иван Михайлович Сеченов — конечно, великий физиолог. Не случайно же Первый медицинский носит его имя. Серьезный, как полагается, человек, преданный науке. Между тем Сеченов — герой одной из самых ярких любовных историй XIX века. Большинство литературоведов считают, что именно его необыкновенная семейная сага послужила основой знаменитого романа Чернышевского «Что делать?».

НАУКА СТРАСТЯМ НЕ МЕШАЕТ

В реальности все началось с желания дочери генерала Обручева Маши выйти за рамки предназначенной ей роли будущей жены и матери и получить не светское, а научное образование, стать врачом, что для женщины в те годы было желанием фантастическим. Ведь даже гимназии существовали только для мальчиков. Девушка придумала выход: она договорилась с дававшим ей уроки молодым доктором Боковым, что фиктивно выйдет за него замуж и тем самым выйдет из-под опеки родителей, а уж там будет жить по собственной воле. Брак Марии Александровны Обручевой и Петра Ивановича Бокова был заключен в 1860 г., и молодые супруги уехали в Петербург, где Маша стала посещать лекции в университете. Доктор Боков был чрезвычайно красивым мужчиной, пользовался успехом у женщин, его обожали пациентки. К своей фиктивной жене он относился с большой нежностью, однако своего общества ей не навязывал. Видимо, сыграло роль несчастье: брата Маши Владимира Обручева арестовали за распространение прокламаций (виталя вирус свободомыслия в семье Обручевых, не доглядел генерал за своими детьми). Маша была подавлена арестом брата, чувствовала себя одинокой в большом чужом городе. Боков стал ее утешать и, как и следовало ожидать, брак из фиктивного превратился в фактический.

Однако недолго музыка играла. С осени 1861 г. Мария Александровна вместе со своей подругой Надеждой Сусловой (родной сестрой Аполлинарии Сусловой, возлюбленной Достоевского) стала слушать лекции в Петербургской медико-хирургической академии. И тут-то ее поразила роковая любовь. В академии читал лекции молодой адъюнкт-профессор кафедры физиологии Иван Михайлович Сеченов. Невзирая на свою простецкую внешность, Сеченов мгновенно одержал победу над красавцем Боковым — обаяние таланта оказалось сильнее. Боков же, который относился к так называемым новым людям, в соответствии со своими убеждениями, не мог отрицать право своей жены, хоть уже и не фиктивной, на свободу жить, как она считает нужным. К тому же он сам восхищался научными успехами Сеченова. Дело кончилось тем, что Сеченов переехал в квартиру Боковых. Некоторое время они каким-то образом сосуществовали все вместе в этой квартире. При этом Мария Александровна считалась официально женой Бокова и носила его фамилию, а фактически открыто была женой Сеченова. Она продолжала учиться и сдала экзамены на аттестат зрелости (без этого было невозможно получить высшее образование где бы то ни было). Сохранился уникальный документ, визитная карточка Бокова с надписью: «П.И. Боков и И.М. Сеченов приглашают Чернышевского и Александра Николаевича (Пыпина, двоюродного брата Чернышевского) по случаю окончания экзаменов Марии Александровны».

В 1864 г. женщинам запретили посещать медико-хирургическую академию. Надежда Сулова, учившаяся вместе с Боковой, уехала продолжать образование в Швейцарию. Мария Александровна хотела бы последовать за подругой, но не в силах была жить в разлуке с Сеченовым, который читал лекции и занимался научной деятельностью в Петербурге. Она осталась в Петербурге и стала вместе с Сеченовым заниматься переводами. Через год они вместе поехали за границу, Сеченов называл Марию Александровну своей женой, хотя она официально не была разведена с Боковым. Родители ее понятия не имели о странностях брака своей дочери. Но без конца скрывать это от Обручевых было невозможно, и в 1867 г. Боков решился и написал письмо своей теще письмом, поражающее и сегодня:

«Дорогая Мамаша моей Маши! Не прибавляя никакого эпитета к имени моей доброй подруги, я так много чувствую, произношу имя: Маша! Многие связаны с этим именем в прошлом, настоящем и, без сомнения, будущем и самого дорогого, и прекрасного!.. Уверю Вас, как честный человек, что мы живем с нею в самых лучших отношениях, и если она по характеру сошлась более с удивительным из людей русских, дорогим сыном нашей бедной Родины Иваном Михайловичем, так это только усилило наше общее счастье. Вы сами его видели, а я еще к тому прибавлю, что Иван Михайлович, конечно, не говоря уже об уме и таланте его, принадлежит к людям рыцарской честности и изумительной доброты. Вы можете представить, до какой степени наша жизнь счастливее, имея членом семьи Ивана Михайловича... Теперь я пользуюсь случаем, чтобы умолять Вас полюбить Ивана Михайловича, как родного своего детища, коим я считаю себя уже с давних пор сам и умоляю не отказать мне в этом...». Знаменательно, что он называет Марию Александровну уже не женой, а доброй подругой. Трудно сказать, как восприняла генеральша Обручева это письмо.

Конечно, «новые люди» вели себя нетрадиционно. Но чувства у них были вполне традиционными. Среди знакомых Сеченова был Владимир Ковалевский. Он проводил много времени с Марией Александровной, пережил влюбленность в нее и даже вызывал ревность Сеченова. Через некоторое время Ковалевский тоже заключил фиктивный брак, тоже превратившийся в фактический, и тоже с генеральской дочкой — с Софьей Корвин-Круковской, будущей знаменитой женщиной-математиком. Он привез молодую жену к Боковым — Сеченовым. Софья Ковалевская была в это время очень озабочена проблемой освобождения своей сестры из-под опеки родителей. Самым простым решением стал бы фиктивный брак. Тем более, подходящий жених налицо — блестящий ученый, уже очень известный профессор Сеченов. Ведь официально он был холост. Отец-генерал не отказал бы такому жениху.

Ковалевская была уверена, что Мария Александровна сочтет этот план прекрасным. Но она ошибалась. Главная ошибка заключалась в том, что, хотя брак Ковалевских и перестал быть фиктивным, большой страсти в нем не было. Софья Ковалевская не понимала, что Мария Александровна Бокова любила Сеченова как мужчину. Она прекрасно помнила, как ее фиктивный брак с Боковым превратился в фактический, знала, как легко происходят такие превращения, когда мужчина и женщина живут вместе. Сестра Софьи Ковалевской была хорошенькой девушкой, в которую был влюблен и которой делал предложение Достоевский. Мария Александровна вовсе не хотела подвергать риску свой союз с Сеченовым. Прямо она Софье Ковалевской не отказывала, но избегала решительных объяснений. «Ты не поверишь, как тяжело мне с Марией Александровной, — писала Ковалевская сестре. — Она положительно не желает этого исхода и, очевидно, избегает даже каждого намека на это и не допускает мысли, что они могут быть нам полезны; а в разговорах о тебе делает вид, что принимает их только за теоретические рассуждения». Так рухнула дружба Ковалевской и Боковой. Хотя отношения между Ковалевскими и Сеченовыми охладели, Владимир Онуфриевич сохранил к ним глубокое уважение. В своем предсмертном письме (Ковалевский покончил с собой) он выразил желание, чтобы Сеченовы взяли на воспитание Фуфу, их с Софьей дочку. Ковалевская дочку, впрочем, никому не отдала.

А Мария Николаевна, в конце концов, развелась с доктором Боковым и обвенчалась с Иваном Михайловичем Сеченовым. Медицинское образование она закончила в Швейцарии, в Цюрихе, где и получила диплом врача, совершенствовала знания в Лондоне и вскоре приобрела репутацию искусного окулиста. Она сохранила свободолобивые убеждения и, следуя им, во время франко-прусской войны 1870—1871 годов работала хирургом в крепостном госпитале в Вердене.

В своих «Автобиографических записках» Сеченов называл Марию Николаевну «Моя жена — мой неизменный друг до смерти». Так оно и получилось. Они жили счастливо до самой его смерти.

А. Горбачева



И.М. Сеченов (в центре) с женой М.А. Сеченовой (слева) и другом семьи известной певицей А. Неждановой (справа)

Сопредседатели секции:

- Ю.Н. Беленков, член-корр. РАН, академик РАН, д.м.н., профессор
- В.А. Сагдиков, академик РАН, д.м.н., профессор
- М.Г. Глезер, д.м.н., профессор
- М.П. Савенков, д.м.н., профессор, кардиолог
- В.А. Парфенов, д.м.н., профессор, невролог
- А.В. Чупин, д.м.н., профессор, ангиохирург

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»

ИнтерНьюс

Комиссия по генной инженерии

В Минпромторге России состоялось первое заседание межведомственной рабочей группы по развитию производства генно-инженерных препаратов и других высокотехнологичных лекарственных средств. Руководитель рабочей группы заместитель Министра промышленности и торговли Российской Федерации Денис Мантуров обозначил основную цель работы — рассмотрение возможности импортозамещения, в первую очередь, по приоритетным группам лекарственных средств, необходимым для обеспечения населения. Он отметил, что при этом должно быть четкое понимание реальной потребности населения и учреждений здравоохранения в соответствующих лекарственных препаратах. Для этого в состав группы включены представители Минздравсоцразвития, Росздравнадзора, Минэкономразвития и руководство РАН и РАМН. Также для участия приглашаются представители профильного медицинского сообщества. Первое заседание было посвящено вопросу организации производства инсулина. О возможности организации производства генно-инженерного инсулина на базе Пущинского научного центра (Московская область) рассказал генеральный директор ОАО «Биоран» Виктор Никулин. О перспективах использования инновационных тромболитиков для лечения инсульта, а также о развитии производства орфанных лекарственных средств рассказала директор департамента фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Диана Михайлова. Межведомственная рабочая группа по развитию производства генно-инженерных препаратов и других высокотехнологичных лекарственных средств создана в соответствии с Приказом № 30 Министерства промышленности и торговли Российской Федерации от 30 января 2009 г. «О создании межведомственной рабочей группы по развитию производства на территории Российской Федерации генно-инженерных препаратов»: Во исполнение Протокола совещания у Министра промышленности и торговли Российской Федерации В.Б. Христенко от 8 октября 2008 г. № 27-ХВ/13 по выработке предложений, связанных с реализацией государственной политики в области развития производства на территории Российской Федерации генно-инженерных препаратов, приказываю: 1. Создать межведомственную рабочую группу по развитию производства на территории Российской Федерации генно-инженерных препаратов (далее — Рабочая группа). 2. Утвердить прилагаемые Положение о Рабочей группе и ее состав. 3. Руководителю Рабочей группы Мантурову Д.В. ежеквартально представлять руководству Министерства промышленности и торговли Российской Федерации отчет по результатам работы Рабочей группы.

Источник:

www.vechnayamolodost.ru

Приглашение

«Медикаментозное и немедикаментозное лечение артериальной гипертензии. Каков баланс?»

23 апреля 2009 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Программа заседаний секций МГНОТ в 2009 году
Московского городского научного общества терапевтов

Совместные заседания Кардиологической и Ангиологической секций в 2009 году

Дата	Тема
26 февраля	Синкопе. Что за этим стоит?
19 марта	Профилактика сердечно-сосудистых осложнений
23 апреля	Медикаментозное и немедикаментозное лечение артериальной гипертензии. Каков баланс?
21 мая	Гиполипидемическая терапия. Мифы и реальность.
17 сентября	Коморбидность в кардиологии. Заболевания бронхо-легочной системы.
1 октября	Тиреотоксикоз
29 октября	Коморбидность в кардиологии. Нефропатия. Пусковой механизм или мишень?
19 ноября	Вертебрально-базилярная недостаточность
17 декабря	Сердечная недостаточность. Как продлить жизнь больному?

Совместные заседания секции «Человек и инфекция» и Пульмонологической секции в 2009 году

Дата	Тема
17 февраля	Антибиотики современных поколений в клинической практике
3 марта	Респираторная инфекция
14 апреля	Муковисцидоз и другие редкие болезни
29 сентября	Иерсиниозы
20 октября	Гепатиты. От профилактики до трансплантации печени
1 декабря	Базисная терапия бронхиальной астмы. Современная иммунотерапия бронхиальной астмы

Компания «Лига Спецдежды» —
Ваш надёжный партнёр

ООО «ЛИГА СПЕЦОДЕЖДЫ» является производителем и поставщиком профессиональной одежды, специальной обуви и средств индивидуальной защиты для всех отраслей народного хозяйства. Многолетний и плодотворный опыт работы, обширные знания в этой социально важной и ответственной сфере, доверие партнёров и покупателей вывели нашу компанию в число лидеров российского рынка охраны труда.

Одно из ведущих направлений нашей деятельности — разработка и пошив современной, надёжной и эстетичной профессиональной одежды для различных отраслей промышленности.

Пошив рабочей одежды осуществляется на современном оборудовании и с высоким качеством. Ежемесячно мы производим не менее 120 000 костюмов. Общая складская площадь 16 000 кв. м. позволяет нам иметь запасы готовой продукции, удовлетворяющие запросам крупнейших предприятий нашей промышленности. Для корпоративных заказчиков предлагаем пошив спецдежды и униформы на заказ.

Мы предлагаем собственную коллекцию стильной и удобной медицинской одежды серии «Стандарт» и «Личный стиль». В широком ассортименте представлены медицинские костюмы, брюки, жакеты, медицинские халаты, костюмы хирургические, колпаки, головные уборы, одноразовая одежда, перчатки, обувь. Вся медицинская спецдежда выполнена из современных текстильных материалов, отвечающих европейским стандартам, поэтому предлагаемые нами товары рассчитаны на длительный срок применения.

Имеется возможность разработать и изготовить новые модели спецдежды специально для Вашего предприятия, учитывая особенности Вашей отрасли.

Мы предоставляем нашим клиентам следующие возможности:

— комплексное обеспечение любой спецдеждой, униформой, рабочей обувью и средствами защиты. Всегда на складе свыше 6 000 наименований товаров.

— удобство комплектования заказа (офис и склад расположены в одном месте, что обеспечивает значительную экономию времени и сил).

— льготные условия постоянным заказчикам.

— гибкая система скидок (до 30%).

— бесплатная доставка при заказе на сумму от 5 000 руб.

Закажите наши каталоги, мы доставим их бесплатно!

109380, г. Москва,
ул. Чагинская д. 3Б
Тел. 7(495) 957-10-61, 957-10-63
E-mail: info@liga-spec.ru
WWW.LIGA-SPEC.RU



БЕСТСЕЛЛЕР
учебно-методической литературы!



«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»

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

В краткой, но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов:

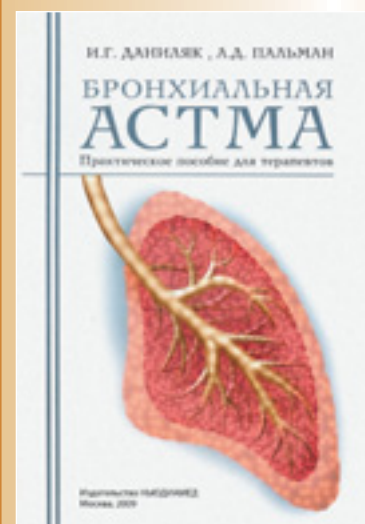
- общеклинических и биохимических исследований крови,
 - мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей,
 - ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.
- Разнообразный перечень критериев и признаков заболеваний.

Для каждого исследования написаны пределы нормальных значений, возможные отклонения от нормы и трактовка этих отклонений.

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

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Практическое пособие для терапевтов



И.Г. Даниляк,
А.Д. Пальман
Издательство
НЬЮДИАМЕД
2008 г.

Настоящее пособие основывается на современных представлениях о бронхиальной астме, ее этиологии и патогенезе, описывает

наиболее рациональный подход к диагностике, лечению и профилактике этого серьезного заболевания.

Книга предназначена для терапевтов, пульмонологов, аллергологов и врачей всех специальностей, а также студентов медицинских вузов.

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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, В.В. Власов, О.В. Борисенко

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галикин В.А., Глезер М.Г., Голин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калаев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Нонииков В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Турян В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@yandex.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Внимание! В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!

Рекламная информация обозначена **δ**