



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Октябрь 2012

№ 8 (126)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайтах <http://www.zdrav.net>, <http://mgnot.ru>

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

У нас в семье очень давние медицинские корни. Мой прадед, Фома Филатов, родился в Пензенской губернии, в том же селе Михайловка, где появились на свет основоположник российской педиатрии Н.Ф. Филатов, дядя выдающегося советского офтальмолога В.П. Филатова. Родился я на Смоленщине. Отец был ветеринарным врачом на селе. Мама всю жизнь проработала агрономом. Мой младший брат стал врачом-неврологом. Я врач, моя жена врач, и мой сын — тоже врач. Сын пошел по моим стопам, поступил в Военно-медицинскую академию, рано проявил интерес к медицинской науке и по окончании академии, очень быстро защитившись, продолжает успешно работу в Научно-исследовательском институте военной медицины.

Но для него-то сложностей с выбором профессии не было — он вырос в Звездном городке. А вот я стал авиационным врачом абсолютно случайно. Тут нужно напомнить, что Гагарин родом из Гжатска (ныне г. Гагарин) из Смоленской области. И, конечно же, в моем детстве большинство смоленских мальчишек (как и мальчишек по всей стране) мечтали связать свою жизнь с космосом. Меня космос тоже не оставлял равнодушным. Моя мечта неожиданно сбылась. Почему неожиданно? Потому что при прохождении в старших классах школы военно-призывной комиссии человек, который принимал у меня документы, заинтересовался, кем я хочу быть, что мне интересно. Я сказал, что хочу быть врачом, что очень интересуюсь биологией и медициной. Человек кивнул, сказал «вот и хорошо» и, не поднимая головы, что-то написал в моих приписных документах. А позже, уже находясь на самой отборочно-приписной комиссии, председатель, крепко пожав мне руку, «поздравил» меня с «правильным выбором». Так я узнал, что оказывается я «хочу» учиться в Военно-медицинской академии. Придя домой, я рассказал о произошедшем отцу, а он сказал: «Давай попробуем! В нашем роду военных врачей еще не было».

Сейчас-то я считаю, что тот, случайный, эпизод был неслучайным. Учился я в ВМА с большим удовольствием и интересом, не жалея времени «ботанил», корпел над учебниками в библиотеке. Сразу после окончания академии был направлен в Центр подготовки космонавтов им. Ю.А. Гагарина, в Звездный городок. Я уже к тому моменту

И, конечно же, в моем детстве большинство смоленских мальчишек (как и мальчишек по всей стране) мечтали связать свою жизнь с космосом. Меня космос тоже не оставлял равнодушным.

знал, что это такое, поскольку на старших курсах академии принимал участие в длительном эксперименте. В то время готовился к запуску российский аналог космического челнока «Шаттла» — «Буран». Он принципиально отличался от предшественника («Союза») тем, что им нужно было активно управлять, «по-самолетному», при посадке на землю. Смысл эксперимента заключался в том, что на базе одной из клиник ВМА испытуемые должны были на протяжении 40 дней, не вставая, лежать с опущенным на 12—18 градусов головным концом, фактически вниз головой. Антиортостаз называется. Такая вот гиподинамическая модель «невесомости», но на земле. Нас было шестеро, все добровольцы, мы уже были зрелые мужики по 24—25 лет, практически готовые врачи и нам самим было интересно поучаствовать в эксперименте, испытать на себе его, так сказать, физиологическую суть. К тому моменту планировалось длительное пребывание космонавтов в космосе (к полету готовилась группа асов летчиков-испытателей под руководством Игоря Волка) и нужно было понимать, как длительное пребывание в невесомости скажется на организме летчика-космонавта, не ухудшатся ли его операторские качества при посадке «Бурана» на аэродром.

Это была отличная научно-исследовательская работа. Продольные перегрузки действуют в направлении «голова—таз» или «таз—голова». Спротивляемость организма продольным перегрузкам значительно меньше, чем поперечным — «спина—грудь» или «грудь—спина». Еще в начале XX века авиационные врачи обратили внимание на жалобы летчиков, участвовавших в состязаниях на скорость полета. Эти жалобы сводились к возникновению временной слепоты у летчиков, совершающих кру-

той вираж на большой скорости. При перегрузке «голова—таз» кровь накапливается в нижней части туловища и приток ее по венам к сердцу затруднен. Кровяное давление в сосудах головы и верхней половины тела понижается, а в сосудах нижних конечностей и брюшной полости повышается. Организм очень болезненно реагирует на нарушение кровообращения, особенно чувствительными являются зрительный нерв и зрительный центр мозга, поэтому, когда в сосудах головы падает кровяное

давление, зрение быстро нарушается. Чем больше перегрузка и чем длительнее она действует, тем больше эти нарушения в организме. Действие перегрузок, направленных вдоль тела, вызывает еще ряд других физиологических изменений. Так, например, наряду с нарушением зрения наблюдается нарушение слуха. Исследования показали также значительное увеличение времени реакции и увеличение частоты пульса и дыхания. А у нас космонавт в это время должен был активно управлять аппаратом. Специальные киносъемки показывают, что в момент выполнения фигур пилотажа, когда на летчика действуют инерционные силы, в несколько раз превышающие силу веса, опускаются отяжелевшие веки, отвисают мышцы и кожа лица. Перегрузка «голова—таз» величиной 2 G прижимает тело к сиденью и требует заметного усилия для движения ногами и руками. При перегрузке 2,5 G встать с сиденья почти невозможно. При перегрузке 3—4 G чувство отяжеления тела усиливается, становится трудно прямо держать голову, затруднено дыхание. При перегрузке выше 3,5 G возникает затуманивание зрения, перед глазами как бы натягивается «серая пелена». При перегрузке выше 4 G может развиться полная утрата зрения. При перегрузке выше 5 G, если она продолжается больше 3—6 сек, внезапно может наступить потеря сознания (обморок). При прекращении перегрузки зрение восстанавливается обычно через несколько секунд, а сознание полностью возвращается не ранее, чем через 5—15 сек. Однако и после восстановления сознания летчик еще в течение 15—30 сек, а иногда и более, находится в состоянии дезориентации. То есть при потере летчиком-космонавтом сознания самолета в течение длительного времени может находиться без управления. Теперь исследованиями установлена отчетливая зависимость переносимости перегрузок от скорости их нарастания.

Но все это мы знаем сегодня, после проведенных экспериментов. А тогда врачи-исследователи и не знали чего ожидать. Части из нас (испытуемых) давали различные кардиологические препараты, часть была контрольной группой. Мы, конечно, не просто лежали, нас пощипывали в условиях перегрузок. Почему привлекали именно врачей — очень важны были точные, правдивые субъективные ощущения, а потенциальные космонавты, летчики, «храбрились, скромничали» и скрывали их (такая вот профессиональная ментальность). Перед «гиподинамией» в Звездном городке нас обучали навыкам управления самолетом, в кабине центрифуги, оборудованной под «Буран» при воздействии различных по величине и направлению перегрузок выпол-

Мы, конечно, не просто лежали, нас пощипывали в условиях перегрузок. Почему привлекали именно врачей — очень важны были точные, правдивые субъективные ощущения, а потенциальные космонавты, летчики, «храбрились, скромничали» и скрывали их (такая вот профессиональная ментальность).



нения. Теперь исследованиями установлена отчетливая зависимость переносимости перегрузок от скорости их нарастания.

Продолжение на стр. 2

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!

Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2013 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 500 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД

Просим вас при желании в 2013 г. получить газету оплатить ее доставку.

С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете знакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.сч. банка получателя платежа)
Кассир	Платеж/сч.: (БИУ и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2013г. (Без НДС) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Платеж/сч.: (подпись) Дата: 2012 года
КВИТАНЦИЯ	«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.сч. банка получателя платежа)
Кассир	Платеж/сч.: (БИУ и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2013г. (Без НДС) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Платеж/сч.: (подпись) Дата: 2012 года

ИнтерНьюс

Половина участников британского опроса на знание анатомии не смогла найти у себя сердце

Около половины британцев, принявших участие в опросе на знание человеческой анатомии, проведенном Музеем Лондона, не смогли правильно указать, где у них находится сердце, и не знали, сколько зубов во рту у взрослого человека. Большинство участников опроса не смогли правильно назвать нормальную температуру человеческого тела и не имели понятия, какие функции выполняют различные органы. 40% респондентов не знали место расположения почек, а 10% — их количество. Кроме того, более половины даже не представляли себе, где именно находится желчный пузырь, 75% не знали о том, что печень — самый крупный внутренний орган человека, 40% предполагали, что одно легкое больше другого, а 60% не смогли ответить на вопрос о своей группе крови. В опросе, приуроченном к открывающейся в Музее Лондона выставке «Doctors, Dissection And Resurrection Men» («Врачи, Анатомирование и Похитители трупов»), приняли участие две тысячи человек. Выставка посвящена истории анатомических исследований в Великобритании с начала XIX века.

Источник: Daily Mail

Группы крови человека оказались эволюционно древнее

Международная команда исследователей получила данные, которые предполагают, что групповая система крови АВ0, обнаруживаемая у всех приматов, включая человека, происходит от общего предка. Авторы представили результаты генетического анализа локусов, определяющих группы крови системы АВ0, которые указывают на ее более древнее, чем предполагалось, происхождение. Кроме того, ученые пришли к выводу, что групповая система крови не возникла независимо в разных видах. Новое исследование было основано на прежних результатах, которые свидетельствовали о том, что две аминокислоты, ответственные за группы А и В, одинаковы у людей, орангутангов, гиббонов, макак и бабуинов. Проанализировав генетический полиморфизм локусов, отвечающих за группы крови у трех видов приматов, — гиббона белорукого (*Hylobates lar*), макака резус (*Macaca mulatta*) и ангольского толстотела (*Colobus angolensis*) — ученые пришли к заключению, что группы крови как таковые у приматов возникли около 20 миллионов лет назад, то есть раньше, чем их эволюционные линии отделились от общего предка. На этом основании предполагается, что групповая система крови АВ0 эволюционировала у общего предка, а каждый вид получил ее уже в «готовом виде». Сопоставляя генетические особенности разных приматов, отличающихся группами крови, ученые обнаружили, что по одному небольшому участку генома люди с кровью группы А имеют больше сходства с гиббонами той же группы крови, чем с людьми, кровь которых относится к группе В. Кровь каждого человека (примата) относится к одной из четырех групп — 0, А, В и АВ. Группа крови представляет собой определенное сочетание поверхностных антигенов эритроцитов (агглютиногенов) системы АВ0. Систему группы крови АВ0 составляют два групповых эритроцитарных агглютиногена (А и В) и два соответствующих антитела — агглютинины плазмы альфа (анти-А) и бета (анти-В). Система групп крови АВ0 является основной системой, определяющей совместимость и несовместимость переливаемой крови, т.к. составляющие ее антигены наиболее иммуногенны. Особенностью системы АВ0 является то, что в плазме у неиммунных людей имеются естественные антитела к отсутствующему на эритроцитах антигену.

Источник: Medical Xpress

Начало на стр. 1

нять все команды, которые обычно выполняют летчики-космонавты. В результате оказалось, что лучше с перегрузками справлялись испытуемые, не получавшие никакой медикаментозной терапии. Отрицательный результат — это тоже результат.

Участие в этом эксперименте, конечно же, усилило мой интерес к космической медицине и, когда по окончании с отличием ВМА, меня распределили в Звездный, я был очень рад. В Звездном я занимался собственно подготовкой космонавтов, возглавлял отдел выживания космонавтов в экстремальных условиях внештатной посадки экипажа в различных климатических зонах. Космонавт ведь может приземлиться внештатно не в расчетной точке в Казахстане, а в разнообразных условиях: как в минус 50, так и в плюс 50.

Особенность выживания у космонавтов сильно отличается от других экстремальных ситуаций. Они приземляются ослабленными, аварийный запас у них минимальный (много с собой не вывезешь). У космонавта, приземлившегося в пустыне, на 3 суток — 2 литра воды на человека. И это в условиях плюс 50...

Я лично был испытателем этого выживания как при минус 50 в Воркуте, Тикси, так и плюс 50 — немыслимой жары пустыни Кара-Кум, кроме того в условиях гор и в случае приведения на акваторию моря спускаемого аппарата с космонавтами на борту. Перед тем как отрабатывать все эти экстримы на космонавтах, все приходилось отрабатывать на себе: питание, фармпрепараты, одежду и другое снаряжение, чтоб иметь представление о происходящем с ними. Как я мог рекомендовать им что-то делать в аварийных условиях, если сам бы не понимал, что они чувствуют в этот момент. Ведь просто знание физиологии, без понимания субъективных ощущений испытуемого, это ничто. А ещё в этих ситуациях резко обнажается психологическая сущность человека, видны его скрытые возможности.

В современных условиях тотальной компьютеризации принимал активное участие в создании медицинских приборов для телеметрической передачи ЭКГ космонавтов с места посадки на большие расстояния, например, в Москву или Хьюстон. Ну и, естественно, кроме экспериментов, в мои обязанности входила педагогика — обучение космонавтов биологии, физиологии, встреча космонавтов на месте посадки. На протяжении 30 лет я этим занимался. Но, несмотря на отданную половину жизни космонавтике, в связи с серьезнейшим кризисом в отрасли, с космонавтикой пришлось попрощаться...

По стечению обстоятельств, после ухода из армии я оказался в Московском доме ветеранов войн и Вооруженных сил. Он был создан еще в 1991 г., но полноценно отстроено и активно функционировать начал в 2004 г. В том году было завершено строительство всего комплекса (Московский дом ветеранов, Социально-реабилитационный центр для ветеранов войн и Вооруженных Сил, по существу заново возрожденный Екатерининский парк (16 га), не имеющего аналогов в стране. В числе обслуживаемых нами ветеранов — Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, Герои Социалистического Труда, полные Кавалеры ордена Славы, вдовы и матери Героев. Дом ветеранов постоянно шефствует над вдовами и детьми военнослужащих, погибших при выполнении воинского долга в «горячих точках». Это люди, которые как никто другой заслужили реальную помощь от государства, а не декларируемую.

Основные цели работы Дома ветеранов: всесторонняя забота о ветеранах, социально-правовая защита, конкретная помощь одиноким пенсионерам, имеющим тяжелые заболевания. Полностью оправдала себя практика использования в Доме ветеранов социального такси для доставки инвалидов в социально-реабилитационный центр, медицинские и другие учреждения города (свыше 2 тыс. человек в год).

При создании Дома ветеранов и все последующие годы его работы очень многое в инициативном порядке делалось сотрудниками. В нашем коллективе работает очень много активных, неравнодушных, преданных своему делу людей. Да иначе тут быть и не может — ведь работа со стариками, а работаем мы с людьми 85—90 лет, это очень непросто и без любви к этой работе выполнять ее невозможно. Случайные люди у нас не задерживаются.

Частью обширной деятельности Дома ветеранов с сентября 2007 года стала Служба медико-социальной реабилитации ветеранов на дому по санаторному типу, которая охватывает тех инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут реализовать свое право на ежегодное санаторно-курортное лечение. Я ее и возглавил. Служба начала активно развиваться и расширяться. Сегодня наши бригады обслуживают ветеранов и присоединенной «новой» Москвы. На сегодняшний день служба состоит из 17 мобильных врачебно-сестринских бригад (в бригаду входит врач и 3 медицинских сестры, у каждой бригады — автомобиль). Всего в Службе трудятся 70 человек (есть резервная бригада). Ежегодно увеличивается число ветеранов, принятых на реабилитацию. В 2011 году их было 3000 человек. Каждому из ветеранов по рекомендациям районных, окружных советов ветеранов выдается бесплатная путевка на 21 день. Все получают необходимые лекарственные средства. Трижды в течение срока реабилитации им доставляются специально подобранные разнообразные и высококачественные продукты для дополнительного или диетического питания. Для каждого ветерана индивидуально разрабатывается программа медико-социальной реабилитации. Жизнь показывает, что ветераны очень нуждаются в нашей помощи. Бригады оснащены современной медицинской аппаратурой (все необходимые анализы и исследования производятся на дому, используется портативный УЗИ-аппарат, есть возможность снять

кардиограмму, выполнить лабораторные исследования, физиотерапевтические процедуры и ЛФК). Имея немалый опыт работы с престарелыми, наши врачи и медсестры стали поистине виртуозами в области гериатрии.

Практически с нуля был выработан определенный «стандарт» проведения медико-социальной реабилитации в домашних условиях, позволяющий оказывать существенную помощь непростоим пациентам, в том числе и очень тяжелым. Мы тесно взаимодействуем с поликлиниками и работаем совместно с ними, чтоб не мешать, а помогать в лечении зачастую непростоим пациентов. В составе нашей структуры есть и помывочные бригады, и сотрудники, готовые ликвидировать антигигиенические условия в квартирах и домах ветеранов. Чего уж скрывать, сейчас, особенно на территориях недавно присоединенных к Москве, обнаруживаются ветераны, немощные старики, проживающие в ужасающих условиях. И, конечно, если мы такое обнаруживаем, то пытаемся нормализовать условия жизни ветерана. С ними приходится вести и просветительскую санитарно-гигиеническую работу, многие питаются крайне нерационально, не только по финансовым причинам. Иногда с возрастом меняются вкусовые предпочтения, взгляды на кулинарию. В результате многие старики имеют проблемы с запорами, анемиями и многими другими проблемами, связанными с неполноценным питанием. Многое приходится объяснять и родственникам, проживающим совместно или ухаживающим за ветераном. Медицина, в том числе и реабилитация, ведь уже далеко шагнула, люди про многие возможности не знают.

Да и самих врачей и медсестер многому приходится обучать. Сейчас у каждой бригады есть планшетные компьютеры с возможностью выхода в интернет. Доступ в интернет дает возможность прямо у постели больного передавать дистанционно его кардиограмму, заказывать медикаменты, питание, реализует возможность телемедицинских консультаций и т.д. Ведение истории болезни в планшете значительно облегчает работу врача и экономит его время. Не говоря уж о том, что всю статистику потом обрабатывать и подводить итоги намного легче.

Для ветеранов, нуждающихся в постоянном уходе в Доме ветеранов, существует Отдел надомного обслуживания ветеранов, на сегодня он обслуживает 460 ветеранов (сиделки оказывают всю необходимую помощь по уходу). Кроме того, существует Служба неотложной помощи ветеранам войн, диспетчерская на 6 рабочих мест для круглосуточной связи с ветеранами с помощью устройства «тревожная кнопка». Устройства «тревожная кнопка» выданы 18360 участникам Великой Отечественной войны.

Все наши работники не забывают и о другом очень важном факторе реабилитации — психоэмоциональной поддержке. Душевный разговор с пациентом, заинтересованность в его судьбе, желание помочь ему в решении возникшей проблемы оказывают сильное позитивное влияние на ветерана, поднимают настроение, позволяют оптимистически смотреть в будущее. Как это не грустно констатировать, но многие ветераны одиночки, не избалованы вниманием родных и близких. У участковых врачей объективно нет времени на долгие беседы со стариками, а они в этом нуждаются не меньше лечения. Да и крайне нелегко подолгу говорить с людьми, которые плохо видят, плохо слышат, а иногда и плохо понимают. У наших врачей и медсестер очень нелегкая работа. Но это не значит, что этого не нужно делать! Слова «Никто не забыт, ничто не забыто» воплощаются в конкретные дела, но воплощение это очень непросто.



Внимание!
В издательстве НЬЮДИАМЕД
вышла новая книга
Н.А. Магазаник
**ДИАГНОСТИКА БЕЗ АНАЛИЗОВ,
ВРАЧЕВАНИЕ БЕЗ ЛЕКАРСТВ**

Н.А. Магазаник
**ДИАГНОСТИКА
БЕЗ АНАЛИЗОВ,
ВРАЧЕВАНИЕ
БЕЗ ЛЕКАРСТВ**

НЬЮДИАМЕД
Москва, 2011

Суть истории проста: корреспондент журнала «Итоги» Алла Астахова выложила в Интернете, где пасутся некоторые врачи, ссылку на публикацию своего интервью с Андреем Ивановичем Воробьевым <http://www.itogi.ru/spetz-proekt/2012/42/183055.html>. Выложила, потому что «Я была просто счастлива поработать с ТАКИМ материалом». Ей казалось, что и другим интересно. Ошиблась. Грубо ошиблась. Ниже то, что получилось из обсуждения (в тексте оставлены смайлики, но поправлены ошибки, убраны некоторые посты в поддержку, но не имеющие сущностного содержания).

Вот преамбула: «Андрей Воробьев — о жарких спорах у постели умирающего Андропова, об анамнезе и диагнозе Раисы Горбачевой, о том, кто донашивал рубашки за канцлером Аденauerом, о разнице между Ельциным-пациентом и Ельциным-президентом, а также о непрочитанных страницах в скорбной хронике «Норд-Оста».

Как корреспондент авторитет академика спасал

(заметки из Интернет-портала)

Сергей Суворов (СС): Академик жлот: «При потере сознания положено оттягивать язык — его прокалывают и прикрепляют к одежде. Это азбука. И это первое, что нужно было сделать.

Антон Вербин: Андрей Иванович, конечно, зубр. А что касается прокалывания языка — по БЛС, с воздуховодами — не надо, но те лучше бы прокалывали, как их должны были учить... объяснений тому бездействию до сих пор нет кроме общей нераспорядительности...

АА: Спасибо за уточнение, Антон. Проблема в том, что людей, которых хоть чему-то учили, тогда просто поблизости не оказалось. И случись что, вновь не окажется...

СС: На Дубровке совершенно иные причины «нераспорядительности» были — то, что называют «человеческий фактор». Сил и средств медицинской службы было достаточно. В Беслане существенных ошибок при оказании помощи не было, насколько я знаю. Проблема именно в том, что этих людей там «должно было оказаться», т.е. ситуация планировалась заранее. Если планируется одномоментный наркоз нескольким сотням человек, то нетрудно подсчитать, сколько примерно анестезиологов нужно. Не хотели привлекать скорую из соображений секретности — должны были отрядить своих людей на курсы, подобные БЛС — не глупее ведь наши полицейские чем штатовские пожарники и полиция. И провести учения-другие, отработать навыки для автоматизма. Воздуховод стоит как зубная щетка — да пусть бы даже задрали цену и отпилили. Может, было бы как всегда с перекосами, но катастрофы не было бы. А насчет прокалывания языка... Мне однажды один из учителей сказал — если я упаду прямо сейчас, качай как положено, сломаешь мне пару ребер — я не в обиде. Но если я очнусь и выяснится, что компрессии не надо было проводить — лучше беги куда-нибудь подальше...

АА: Так надо было прокалывать язык или нет? Не поняла.

Антон Вербин: ...если не умеешь лучше, а язык западает и дыхательные пути закрываются — прокалывай. Будут осложнения — пациент может предъявить претензии. Но все это потом — если останется живым.

СС: Никто в современном мире языки к воротнику с целью обеспечения проходимости дыхательных путей не прикалывает — это анахронизм. Пластиковые воздухопроводы стоят «рубль ведро», установка их не занимает много времени, доступна любому человеку после минимального тренинга. Но отсутствие массового применения воздухопроводов у лиц в бессознательном состоянии — лишь одна из многочисленных организационных ошибок. Они достаточно широко обсуждались в профессиональном сообществе — благо участников событий сотни.

АА: Смее спросить: а если НЕ БЫЛО воздуховода? Не стоило и пробовать старый способ — ибо анахронизм?

СС: Прокол языка — повод для иска о нанесении телесных повреждений. Ни в одном действующем стандарте такой процедуры мне не встречалось. В средние века раны кипящим маслом заливали — не повод сегодня использовать эту методику.

АА: Поняла Вас. Весомый довод. Рада за Ваших пациентов. Если они еще живы.

СС: Алла, только у патологоанатомов мертвых пациентов больше, чем живых :). Кстати, сомневающиеся могут попробовать ухватить за язык другого человека и попробовать его удержать — с удовольствием прочитаю отчет :).

АА: Пробовала ухватить себя, когда писала текст. Поняла, что неудобно. Но если речь идет о спасении жизни... Думаю, что родственники погибших с Вами не согласятся. При всем уважении.

АА: Не могу отказать себе в удовольствии процитировать Андрея Ивановича: «Школа районного врача осталась со мной навсегда. Там я уяснил, что вся врачебная жизнь состоит из бесконечного столкновения с неизвестным. Это только дерьмовый врач знает, что он умеет убрать аппендикс, сделать резекцию желудка, а если чуть в сторону, то и он тоже в сторону. Это не медицина».

Ольга Демичева (ОД): Уважаемая Алла, Вы, очевидно, искренне верите, что прадедовские методы, которые живописал уважаемый Андрей Иванович, спасли бы жизнь пациентам. Примите мое профессиональное УВЫ. К сожалению (точнее, по факту) это не так.

АА: Прадедовские методы никто не применял. Не было ни одного проколото языка. Очевидно, использовались методы более современные.

ОД: О том и речь: не прокалывали (слава Богу!) никому языки. Но Вы уверовали, что, если бы прокололи, случилось бы чудо исцеления. Вы заблуждаетесь. Не случилось бы. Поверьте, опытные врачи, которых немало в этой группе, отлично понимают, как легко индуцировать впечатлительного дилетанта. Уважаемый Андрей Иванович, несомненно, харизматическая личность. Ваша ангажированность вполне понятна и извинительна. Но, чтобы не выглядеть смешно, не пытайтесь насаждать эти красивые легенды в среде практических врачей.

АА: Речь о другом: людей никто и не пытался спасти. Меня удивило, почему из довольно большого интервью кто-то выдернул слова Андрея Ивановича о проколото языка. Неужели ничто другое из его жизнеописания не показалось интересным?

ОД: Алла, интервью очень интересное. Живая история под определенным углом зрения. Что касается жертв «Норд-оста», их, полагаю, действительно могло бы быть меньше. И дело не только в неправильной транспортировке. Идея с подкалыванием языков, повторяю, впечатляющая, но к первой помощи отношения не имеет. За публикацию — спасибо!

СС: Алла, к Вам как к журналисту претензий нет. Статью интересно было прочитать. Просто пресловутое «прикалывание языка к воротнику булавкой» еще два десятка лет назад — тогда, когда я еще в институте учился — уже рассказывали как исторический анекдот. И надо же — живучесть концепции какая! В нашей специальности есть заповедь: «Всегда помни: ты — не профессор, и глупости твои наказуемы!». Понятное дело, что речи академиков воспринимаются как свет истины.))) Есть менее травматичные и трудоемкие способы обеспечения проходимости дыхательных путей, чем рекомендации уважаемого академика. В статье еще интересный факт для меня был: по поводу эвакуации на родину алжирского президента. Меня удивил уровень принятия медицинских решений. Прекрасно понимая incurability пациента и предугадывая возможность летального исхода, не имея информации о возможностях медицинской службы в стране прибытия, отправить его на большое расстояние самолетом без сопровождения бригады с участием реаниматолога и без оборудования! Понятное дело, что потом пришлось сигать через забор! А ведь запросто ситуация могла осложниться в самолете. Живое представляю себе, как в правительственном лайнере один уважаемый человек пытается пристегнуть язык другого уважаемого человека к воротнику дорогого костюма булавкой!))) Спасибо за хороший материал! Хорошо развлекся!))

АА: Это уже претензия к Евгению Ивановичу Чазову — он тогда возглавлял четвертое управление. Браво, Сергей! Что не посмеяться над стариками — благо, что они не сидят в Фейсбуке и Вам все равно не ответят.

СС: Алла, профессора-академики смеялись над студентами, теперь наоборот — круговорот)) Чазов не летел тем самолетом. Думаю, что при реальной оценке рисков участниками «транспортировки», такая ситуация не сложилась бы. К сожалению, есть две принципиальных проблемы: 1) ощущение пределов собственной компетенции; 2) стремительное отставание остановившихся. Это не только академиков касается — мир вокруг нас очень быстро меняется. Невозможно успеть за всем сразу уследить и быть на «передовых» позициях по всем специальностям. К сожалению, многие (далеко не все!) уважаемые люди с высокими званиями самоуспокаиваются и перестают «бежать, задрать штаны». Самоуспокоение способствует и почтенный возраст, и пожизненная рента.

Мы многое еще не сознаем,
Питомцы ленинской победы,
И песни новые
По-старому поем,
Как нас учили бабушки и деды.
Друзья! Друзья!
Какой раскол в стране,
Какая грусть в кипении веселом!
Знать, оттого так хочется и мне,
Здрав штаны,
Бежать за комсомолом.
Я уходящих в грусти не виню,
Ну где же старикам
За юношами гнаться?
Они несжатой рожью на корню
Остались догнывать и осыпаться.
И я, я сам,
Не молодой, не старый,
Для времени навозом обречен...

Продолжение на стр. 4 ↗

ИнтерНьюс

Американцы нашли область распознавания лиц в мозге

Американские ученые обнаружили область в головном мозге, которая отвечает за распознавание лиц. Находка стала результатом исследования, проведенного группой специалистов под руководством Джозефа Парвизи из Стэнфордского университета. Парвизи и его коллеги работали с больными эпилепсией. Они намеревались выявить источник избыточной электрической активности в мозге 47-летнего Рона Блэкуэлла, который впервые перенес эпилептический приступ еще в подростковом возрасте, чтобы провести хирургическое лечение. Ученые пытались вызвать у пациента приступ в условиях стационара. Для этого они проводили электростимуляцию различных участков височной доли его мозга. Когда ток направили по электродам, расположенным на веретенообразной извилине, больной сообщил о необычных ощущениях, которые он ранее не испытывал. По словам мужчины, лицо Парвизи, проводившего эксперимент, неожиданно изменилось. «Вы просто превратились в кого-то другого», — заявил Блэкуэлл. Он пояснил, что во время стимуляции изменилось его собственное восприятие черт наблюдаемых лиц. Аналогичные изменения пациент отметил во время повторного эксперимента, когда перед ним находилась ассистентка Парвизи. Позже с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии исследователи подтвердили, что восприятие лиц Блэкуэллом менялось при включении двух конкретных электродов на веретенообразной извилине. Аналогичные результаты были получены в ходе электрокортикографии. В ходе предыдущего исследования, в котором участвовали больные редкой формой эпилепсии, Парвизи выяснил, что за формирование смеха отвечают сосочковые тела гипоталамуса.

Источник: Science

В постменопаузе найдено пятилетнее временное окно для снижения риска деменции

Начало гормонозаместительной терапии строго в течение пяти лет после наступления менопаузы на треть снижает риск развития болезни Альцгеймера, в то время как более поздний старт такой терапии уже никак не влияет на вероятность наступления деменции. Однако у тех женщин, которые начинают принимать женские гормоны в возрасте около 65 лет, риск развития болезни Альцгеймера увеличивается. Таковы результаты исследования, призванного прояснить противоречивую информацию о связи между болезнью Альцгеймера и гормонозаместительной терапией, проведенного группой специалистов из ведущих американских научных центров. Дело в том, что, с одной стороны, имелись научные данные о положительном влиянии приема женских гормонов после наступления менопаузы на мозговую функцию женщин, а с другой стороны, результаты клинических исследований не подтверждали эту информацию. Авторами была проанализирована информация о 1768 женщинах в возрасте 65 лет и старше, в период с 1995 по 2006 год, принимавших участие в масштабном исследовании влияния генетических факторов и факторов окружающей среды на развитие деменции у пожилых жителей округа Кэш, штат Юта, в ходе которого они, в том числе, предоставляли подробную информацию о возрасте наступления у себя менопаузы и режиме использования гормонозаместительной терапии. 1100 участниц сообщили, что принимают или принимали гормоны — либо только эстроген, либо в комбинации с прогестинном, а 668 — нет. В период, когда длилось исследование, у 176 женщин развилась болезнь Альцгеймера, включая 87 из группы, принимавшей гормоны, и 89 из контрольной группы. Анализ показал, что после наступления менопаузы существует пятилетнее окно, критичное для предупреждения начала деменции, когда прием женских гормонов на 30 процентов снижает риск развития болезни, в особенности если терапия продолжается затем в течение десяти и более лет. В случае, когда прием гормонов начинается после «закрытия» этого пятилетнего окна, связи между терапией и наступлением болезни Альцгеймера не отмечено. Это, однако, не касается случая, когда гормоны начинают принимать женщина, чей возраст приближается к 65 годам, — тогда риск развития деменции увеличивается. Несмотря на недвусмысленность полученных результатов, авторы говорят о том, что их еще рано включать в медицинские рекомендации для пожилых женщин, так как требуются дополнительные исследования.

Источник: Neurology

ИнтерНьюс

Кишечную инфекцию вылечили пересадкой кала

Специалисты из больницы имени Генри Форда, Детройт, отчитались на проходящей в Сан-Диего ежегодной конференции Американского общества по изучению инфекционных болезней об успешном опыте лечения кишечной инфекции, вызванной бактериями *Clostridium difficile*, путем пересадки кала здорового донора для восстановления нормальной микрофлоры кишечника. Объектами применения экспериментальной терапии, называемой Intestinal Microbiota Transplantation (IMT), проводившейся в период с мая 2010 по декабрь 2011 года, в общей сложности стали 49 пациентов, страдавших от тяжелой рецидивирующей диареи, вызванной *Clostridium difficile*, не поддающейся стандартным методом лечения. Для однократной процедуры была использована назогастральная трубка, через которую в толстую кишку пациентов вводился гомогенизированный и отфильтрованный раствор, в состав которого входила теплая вода и от 30 до 50 граммов фекалий, взятых от здорового донора. В некоторых случаях раствор вводился во время процедуры колоноскопии. В результате 43 пациента полностью поправились и не страдали в дальнейшем от характерных для этой инфекции рецидивов заболевания, одному пересадка кала не принесла улучшения, четверо скончались от причин, не связанных с инфицированием *Clostridium difficile* и еще одному пациенту пришлось удалить часть кишечника. Как отмечают авторы, у 90 процентов пациентов уже через два часа после процедуры IMT появился аппетит, в течение суток они почувствовали значительное улучшение состояния, а через неделю они были полностью здоровы. При этом в течение трех месяцев после терапии у них не развилось никаких осложнений или побочных эффектов такого метода лечения. Авторы надеются, что дальнейшие более масштабные исследования подтвердят эффективность IMT при клостридиозе, и эта простая и безопасная процедура будет широко применяться для лечения пациентов с высоким риском рецидивов этого заболевания. В настоящее время при терапии этого заболевания применяются метронидазол и ванкомицин, в тяжелых случаях приходится удалять пораженную часть кишечника оперативным путем.

Источник: Medical Daily

Начато расследование по делу о сокрытии побочных эффектов препаратов Roche

Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) начало расследование в отношении швейцарской фармацевтической компании Roche, которая подозревается в нарушении установленных Еврокомиссией правил отчетности о многочисленных потенциальных побочных эффектах 19 производимых ею лекарств, включая противоопухолевый препарат герцептин и противогриппозное средство тамифлю. О выявленных нарушениях со стороны Roche сообщил ранее в этом году британский фармрегулятор MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency), который обнаружил, что компания не проанализировала должным образом порядка 80 тысяч поступивших в ее адрес из США сообщений о случаях возможных побочных эффектов выпускаемых препаратов, в том числе о 15 161 случае смерти пациентов. Roche, в свою очередь, обращает внимание на тот факт, что все сообщения о потенциальных побочных эффектах ее препаратов, о которых идет речь, поступили не из медицинских кругов, а от американской Программы поддержки пациентов, и потому не были внесены в базу данных компании. Как подчеркивают в Roche, информация о возможных побочных эффектах применения препаратов поступает в компанию и по другим, профессиональным каналам и в этом случае соответствующим образом обрабатывается. Между тем EMA сообщает, что, несмотря на проводимое в отношении Roche расследование, ни один из выпускаемых компанией препаратов не отзывывается с рынка, а также не накладывается никаких ограничений на их применение, так как подтвержденные свидетельства о негативных последствиях их приема отсутствуют. EMA планирует завершить расследование к марту 2013 года, после чего отчет о его результатах будет направлен в Еврокомиссию, которая, в свою очередь, вынесет вердикт о виновности Roche. В случае признания компании виновной в инкриминируемых ей нарушениях, она будет оштрафована в размере пяти процентов от общего объема европейских продаж, который в 2011 году составил свыше 13 миллиардов долларов. Таким образом, размер штрафа может составить 685 миллионов долларов.

Источник: Medical News Today

Начало на стр. 3

АА: Все эти разговоры напоминают мне байки лакеев в прихожей — когда хозяев нет. Сделайте сначала сотую часть того, что эти люди совершили. Я пока про Вас ничего не слышала, доктор Суворов.

СС: У меня такая специальность, что это очень хорошо, что Вы ничего не слышали обо мне :) Алла, аргумент «сперва добейся» неприличен.

P.S. Не знаю, что делать с тем фактом, что я про Вас тоже ничего не слышал :) И вообще, разве нас может интересовать мнение человека лысого, с таким носом? Пусть сначала исправит нос, отрастит волосы, а потом и выскажется.

Александр Кочетов (АК): Алла, у Сергея Суворова есть большой недостаток — молодость. Но это со временем пройдет...

АА: А по-моему, неприлично дискутировать за спиной оппонента. Как это называется — смотри выше.

СС: Тогда не надо публиковать тексты в интернете/печати — нечего обсуждать будет :)

АА: Я не оппонент. Вы тут тренируетесь в остроумии, дискутируя с академиком Воробьевым. Смело, конечно, особенно когда он не слышит.

СС: Кстати, Алла, напомним, что ветка началась с Вашего интервью. Ваш интервьюируемый позволил себе критиковать организацию медицинской помощи при «громких» событиях и изложил собственный взгляд на то, «как надо было». «Надо было», по мнению весьма уважаемого человека, помогать ветхозаветным способом, относящимся к историческим анекдотам. Это меня позабавило, чем я и поделился с аудиторией. Я и не пытался «дискутировать с академиком». Как и с Вами. Я (пока еще) понимаю разницу между журналистом-интервьюером и академиком.))) Я высказал свое мнение. Не более того. Или Вы принимаете исключительно восхитенные отзывы об опубликованных Вами материалах? :)

АК: Алла, я признаю, что сделал ошибку, вступив в дискуссию с Вами на узкопрофессиональную медицинскую тему. Никто не умаляет заслуг академика Воробьева, он очень много сделал для отечественной трансфузиологии. Но Вы не поняли главного, о чем говорил Воробьев — он не боялся спорить на медицинские темы с людьми, стоящими выше него по должности, он умел отстаивать свою точку зрения. И полагаю, Сергей Суворов — достойный преемник...

АА: Занавес. Аплодисменты.

СС: Опа! Алла оказалась рабочим сцены:)))

АК: Алла, мы в своих медицинских кругах очень часто не сходимся во мнениях, спорим, иногда немного громко, невзирая на звания и степеней... Но это не влияет на наши человеческие отношения.

СС: Дополню Александра: на взаимоуважение и признание авторитета тоже не влияет. Невозможно быть специалистом во всем — медицина слишком большая наука. Главное — осознавать пределы своей компетентности и все время бежать, бежать, задрать штаны :)

АК: Кстати, мы (например, анестезиологи) очень спокойно признаем свои ошибки и заблуждения, даже если на эти ошибки нам указывает вчерашний выпускник института. Все знать невозможно, и даже если бежать очень быстро, то все не охватить...

СС: Но значительно охотнее мы признаем ошибки и заблуждения хирургов, неврологов и прочих терапевтов.)))

АК: Это точно!!!

АА: Ну, вы договорились. Воробьев не знает о возможности использовать воздуховод. Поздравляю. Ущучили старика.

СС: Алла, посмотрите: постановка воздуховода занимает 10 секунд при том, что в учебном фильме все делается медленно. Сколько времени понадобится на ловлю языка и борьбу с булавкой? :) Восстановление проходимость дыхательных путей, постановка воздуховода, вентиляция мешком Амбу.

АА: Воздуховодов не было. Или люди, у которых они были, не знали, как их использовать. Вообще не понимаю, о чем этот длинный спор?

АК: Алла, не надо переиначивать наши слова. Воробьев говорил о массовых поражениях. В середине прошлого века прошить язык ниткой — прицепить на булавку и проч. — могло быть приемлемым для обеспечения проходимость дыхательных путей в условиях массовых поражений при дефиците всего... Но в современных условиях помощь должна быть иной... Воробьев имел в виду, что даже использование примитивных способов восстановления проходимость дыхательных путей могло спасти многие жизни, а уж профессиональная помощь была бы вообще кстати... Поймите, мы не спорим с тем, что нужно было любым способом восстановить проходимость дыхательных путей. Воробьев привел пример, который не остался незамеченным!!!

АА: Воздуховодов не было.

АК: Алла, не была профессионально обеспечена помощь пострадавшим — вот о чем говорил Воробьев. Алла, существует множество способов обеспечить проходимость дыхательных путей... Но мне не хочется устраивать школу парамедика в данной ветке. Речь не об этом. А о том, что не было профессионально подготовлено спасение пострадавших.

АА: Ну, слава богу. Я тоже думаю, что он говорил, прежде всего об этом. И привел пример того, что даже без воздуховода можно было попытаться что-то сделать. Никто не навязывает современным реаниматологам этот способ. Разве не очевидно?

АК: Алла, если бы это было 100 лет назад — да. Но не сейчас. Есть профессионалы. Но их туда не позвали.

АА: Верно все! Об этом и было интервью. А вовсе не о том, что всем надо прокалывать язык. Зачем искать глупости там, где их нет?

АК: Кроме того, Алла, там были и другие причины дыхательной недостаточности, например, ригидность дыхательной мускулатуры. Восстановление проходимость — только один шаг. Воробьев привел один из старых методов, мы немного пошутили. Но не в этом дело.

СС: По молодости я с собой в машине что только не возил из медикаментов и расходников — лучше и не вспоминать :) Сейчас у меня в качестве аптечки лежит два девайса: пара резиновых перчаток и воздуховод — я Вас уверяю, что этого достаточно, чтобы после случайно встреченного ДТП, тот, кто может, дожил до приезда скорой помощи.

АА: А перчатки зачем?

АК: Плюс пару шин Крамера и пару бинтов нормальных... Алла, перчатки — это инфекционная безопасность.

СС: Алла, это называется планирование медицинской помощи. Для этого во всех силовых ведомствах есть медицинская служба — планировать обеспечение санитарных потерь. По конкретной ситуации. Когда было принято решение использовать одно из производных фентанила, для специалиста очевидно и его действие. Принципиальными в данном случае были: быстрая эвакуация до бригад скорой помощи и обеспечение проходимость дыхательных путей (для тех, кто мог сам дышать, пусть редко). Обучить спецназовцев установке воздуховода можно за час. Наштамповать 10 000 штук — за день, тем более, что есть модели значительно проще, чем на видео. Но отсутствие воздухопроводов и неправильная эвакуация из здания — одна из, но не факт, что самая главная причина значительных потерь.

СС: Шины и бинты скорая привезет. :)

АК: Не всегда... Пришлось своим ходом. Недавно очень жалел, что не было...

СС: Есть майки, тряпки, аптечки в проезжающих машинах... Если не говорить об экспедиции в удаленные места, то для реально решаемых проблем много не нужно... или нужен реанимобиль :)

АК: Но в целом согласен. Невозможно все с собой взять. Сергей, спасибо. Пожалуй, пора спать. Мне в 6.30 уже ехать надо. Спокойной ночи.

Вот так поговорили, ноги повиытирала. И со спокойной душой пошла спать. На всю беседу ушло... 14 часов: начали в полдень, закончили около 2-х часов ночи. Может показаться — делать нечего. Действительно, сидение в сети подобно болезни, наркомании. Но тут есть еще один элемент, заставивший сделать эту публикацию.

Я, прочитав, был в шоке. Конечно, речь о моем отце, но я о нем знаю не как об отце, а как о высочайшем профессионале. Какой-то поц, которому все время хочется бегать с задранными штанами взялся учить заочно «академика» реанимационной помощи. Знал бы этот молодой пижон, какую школу имеет Андрей Иванович (АИ) в реанимации, какую помощь он оказывает — никому не снилось не то, что в России, а даже в мире. И АИ прошел через катастрофы в Чернобыле, Спитаке, в Уфе, в Арзамасе, в Беслане, на Дубровке. Он знает, что во время катастрофы под руками нет ничего, а помощь оказывать надо. И можно из подручных средств провести иммобилизацию (шину делают из коробки и привязывают колготками или штанами), восстановить проходимость дыхательных путей высовыванием и привязкой языка, проколотого булавкой или проволокой, да даже и щепкой. Инфузионную терапию можно проводить через рот или лить под кожу кипяченую подсоленную воду — она стерильна. Еще из «дедовского»: можно зашить рану обычными нитками с иглой, хорошо их замочить в водке-коньяке-виски или прокипятить, но приспичит — сойдет и так. В 1812 г. корпию совали в рану — ветошь по нашему — ничего страшного. Если рана открытая — загноится и пройдет. Кстати, опарыш — черви — признаны в Англии методом доказано эффективным при лечении гнойных ран: они выедают некротизированные ткани. В 60-е годы АИ увидел на дороге мужика с переломанной ногой, привязал ногу к лопате и на лопате отвез в приемный покой больницы. А можно было постоять рядом, поохать. Я возил в Москве знакомую с улицы с переломом бедра через весь город в малюсенькой «Оке» — «Скорую» ждали-ждали — не дожались, мне позвонили, я был рядом, приехал, сунул в машину и повез. Анальгетиками напичкал, что под рукой было. Болевой шок начался, когда выгружали в приемном отделении — но там уже была медицина во всеоружии. Так что ситуации разные, это жизнь, в ней надо уметь палочками костер разжечь.

Так эти... как бы назвать вежливее?... ничего не поняли. Им, конечно, жить, но с каким энтузиазмом прошла сессия ниспровержения авторитета. Моська, она, как известно, сильна, полаяла и попукала от удовольствия (извините за аналогии). И ведь сворой — ладно один дурак. И постарше так поучительно выступили.

Не стоило обсуждать, если бы они не нарушили заповеди Гиппократова: почитать учителей своих наравне с родителями. А АИ для всех нынешних врачей учитель, так как он создал современную гематологию и интенсивную терапию, современную медицину катастроф. Мы — пахали, но сеял он. Публикую эту переписку для того, чтобы стало стыдно. Не им, так за них. Пусть врачи знают младогероев.

П. Воробьев

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ЗАСЕДАНИЕ
ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ
МГНОТ
12 марта 2012 г.**

Тема: Гипертония и церебропротекция

Председатели: проф. Парфенов В.А., проф. Савенков М.П., проф. Глезер М.Г.

Руководитель Высшей Школы Терапии МГНОТ: проф. Воробьев П.А.

**Церебропротекция и лечение артериальной гипертонии: решение двух вопросов одним классом антигипертензивных препаратов
Проф. Ратова Л.Г.**

Заболеваемость и смертность от цереброваскулярных заболеваний пока не спешит снижаться. В России в начале 90-х годов в работе проф. Калининой и проф. Чазовой, сравнивали 2 тактики ведения пациентов. Одна из них подразумевала активное выявление факторов риска для снижения АД, другая же была стандартной. У мужчин в возрасте старше 45 лет за 5 лет смертность в первой группе оказалась ниже на 50%. По статистике, самые частые инсульты в России — ишемические, 2-е место занимают неуточненные, геморрагический инсульт встречается реже и субарахноидальное кровоизлияние встречается только в 3% случаев. Около 50% пациентов с инсультом погибают, чуть больше 25% остаются инвалидами и лишь 20% возвращаются к своей профессии. Деменция развивается у 20—30% больных.

Артериальная гипертония является основным из 9 факторов в развитии инсульта (более 30%). Вторым компонентом является низкая физическая активность. Третье — это ожирение.

Начиная с 40 лет артериальная гипертония оказывается главным предрасполагающим фактором в развитии ишемических инсультов, на 2-м месте — склерозирующее поражение магистральных артерий, на 3-м — мерцательная аритмия. Раньше считалось, что, чем ниже АД, тем лучше прогноз у пациента. Сейчас концепция изменилась. Теперь считается, что чем раньше мы начнем лечение, тем лучше прогноз. При АД ниже 112 мм рт. ст. риск развития инсульта столь же велик, как и при его повышении до 140 мм рт. ст. Повышение систолического АД на 20 мм рт. ст. и диастолического на 10 мм рт. ст. удваивает риск развития инсульта.

Профилактика инсульта складывается из лечения артериальной гипертонии, модификации образа жизни, коррекции улучшения углеводного обмена, коррекции дислипидемии, а также приема антиагрегантов и антикоагулянтов.

Хирургическое лечение атеросклероза магистральных артерий снижает риск развития инсульта на 30%, лечение артериальной гипертонии — на 40%, назначение антикоагулянтов и антиагрегантов при мерцательной аритмии — на 43%.

Целевыми цифрами АД является 140/80 мм рт. ст. Дополнительное снижение давления до 130/80 мм рт. ст. является доказано благоприятным для больных с поражением почек. Целевой уровень АД для пациентов с изолированной артериальной гипертонией — менее 150 мм рт. ст. При этом давление не должно быть ниже 110/70 мм рт. ст. Но только 28% пациентов достигают целевого уровня АД.

Очень большую роль при развитии инсульта и органных поражений играет ренин-ангиотензиновая система. Важен цереброваскулярный эффект ангиотензина-2. Все негативные эффекты обусловлены активацией ангиотензиновых рецепторов 1-го типа. Ингибиторы АПФ, в отличие от сартанов, блокируя ангиотензинпревращающий фермент, препятствуют образованию ангиотензина-2. Но ангиотензин-2 образуется и другими путями, без участия АПФ. До 80% ангиотензина образуется АПФ-независимым путем. После переключения путей синтеза, ингибитору АПФ становится «не на чем работать», что обуславливает снижение его терапевтического эффекта. Кроме того, организм компенсаторно старается усилить образование ангиотензина-2. Тогда у сартанов реализуется косвенный механизм действия. Взаимодействие ангиотензина с рецепторами 2-го типа дает натрийуретический эффект, вазодилатацию. Именно с этим может быть связано лучшее снижение артериального давления при приеме сартанов по сравнению с другими лекарственными препаратами. Сартаны не имеют ускользания от антигипертензивного эффекта.

По сравнению с телмисартаном, валсартан в меньшей степени снижает систолическое и диастолическое АД. На фоне лечения валсартаном больные значительно реже достигают целевого уровня АД. Максимально длительностью действия среди этих препаратов обладает телмисартан: 20—24 часа. Телмисартан в комбинации с гидрохлортиазидом превосходит лозартан по стабильности снижения АД. В конце действия телмисартан не демонстрирует подъема АД, в отличие от лозартана. При недостаточном снижении АД утром и в ночные часы риск инсульта существенно возрастает. Максимальный риск развития инсульта наблюдается у больных, у которых ночью давление выше, чем днем.

Рациональность комбинации препаратов в антигипертензивной терапии определяется, в том числе, и равной длительностью их действия.

Органопротекция во многом определяет выживаемость пациентов. Наличие гипертрофии миокарда левого желудочка значительно повышает риск развития инсульта у пациентов с артериальной гипертонией. Максимальную кардиопротективность демонстрируют сартаны, на втором месте по эффективности — антагонисты кальция и натрия, далее идут ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики и бета-адреноблокаторы. Наиболее эффективным в этом отношении также оказался телмисартан.

Назначение ингибиторов АПФ и сартанов снижает вероятность развития новых пароксизмов мерцательной аритмии у пациентов с артериальной гипертонией. В исследовании, проведенном итальянскими учеными, была показана более высокая эффективность телмисартана по сравнению с рамиприлом и амлодипином, даже при выраженной гипертрофии левого желудочка.

Телмисартан обладает и нефро-, и ангиопротективными свойствами. Сартаны как класс являются лучшими, с точки зрения метаболической безопасности, в том числе и у больных с диабетом, даже повышая толерантность инсулиновых рецепторов к инсулину за счет активации PPAR-гамма-рецепторов. Это свойственно только сартанам второго поколения, имеющим два механизма действия.

При оценке влияния на конечные точки, сартаны оказывают максимально благоприятное действие среди всех применяющихся классов препаратов. Максимальное количество исследований проведено с препаратом микардис.

Практикующему врачу необходимо адекватно стратифицировать факторы риска, выделяя органы-мишени и оценивая степень их пораженности, и раньше начинать регулировать уровень АД, удерживая его в рамках целевого.



Вопросы:

— Лозартан зимой и лозартан летом — это одно и то же?
— Не только лозартан, но и большая часть препаратов летом — это другие препараты. У большинства больных летом снижается давление, особенно в жару. В связи с этим зачастую отменяют терапию. Зимой же, в холода, наоборот, часты гипертонические кризы.

— Рекомендую антигипертензивную терапию, советуете ли вы пациентам дополнительно контролировать АД, и в случаях, если оно окажется слишком высоким, принять дополнительную таблетку?

— Разумеется, мы даем пациентам рекомендации по самоконтролю АД. В случае если АД повышается, рекомендуется самостоятельный, еще до вызова «скорой», прием капотена под язык в дозе от 25 до 50 мг, в зависимости от индивидуальной реакции. Кто-то лучше реагирует на нифедипин, но его нежелательно назначать пациентам с тахикардией. Раньше иногда советовали клофелин. Сейчас, наверное, чаще рекомендуем моксонидин.

— Простите, вопрос не о купировании кризов. Огромное количество людей регулярно измеряют у себя АД, и в зависимости от этого во многом определяют свою терапию. И многие пациенты воспринимают это именно как рекомендацию в зависимости от АД принимать антигипертензивные средства в большем количестве, что вызывает чрезмерное падение АД.

— Для пожилых еще страшна постприандиальная гипотония, которую они могут усугубить приемом таблеток после еды.

— Идеален препарат, который применяется всего 1 раз. Существуют исследования, которые показывают, что максимальный комплаенс возникает при назначении врачом единственной таблетки. Но есть пациенты с тревожными расстройствами, которые любят принимать как можно больше лекарств. Что сартаны, что ингибиторы АПФ абсолютно противопоказаны при беременности. И в рекомендациях по ведению артериальной гипертонии у беременных сейчас пишется, что тератогенное действие, что сартанов, что ингибиторов АПФ реализуется во втором триместре беременности. То есть, если раньше прерывали беременность, проходившую на фоне лечения данными препаратами, то сейчас, в случае если беременность еще в первом триместре, сартаны и ингибиторы АПФ должны быть немедленно отменены. Если это первый триместр, беременность

ИнтерНьюс

Потеря жены может убить мужчину, говорят исследователи

Вдовцы чаще умирают после смерти супруги, нежели овдовевшие женщины, говорят сотрудники Технологического института Рочестер. Соответствующий риск повышен на 30%. Комментирует профессор Хавьер Эспиноза: «Нередко мужчины оказываются не готовы к смерти жены. Поэтому ее потеря сильно сказывается на их здоровье, ведь жены, как правило, следят за физическим и эмоциональным состоянием супруга». Этот вывод профессор сделал, проанализировав данные женатых людей, рожденных в 1910—1930 годах. Также на примере более 69 000 матерей 20—50 лет была выявлена связь смерти ребенка и смертности среди матерей. Притом, ни пол ребенка, ни причина смерти, ни экономические факторы не играли роли. Так, если женщина потеряла ребенка, вероятность ее собственной смерти повышалась на 133%. В целом в ближайшие два года после потери ребенка риск смерти вырастал в три раза. Причина проста: вследствие травматичного события в теле вырабатываются стрессовые гормоны в предельных концентрациях. Это приводит к сужению основных артерий, доставляющих кровь к сердцу. Итог — нарушение нормального ритма, похожее на сердечный приступ.

Источник: The Daily Mail

Дофамин скрывается за тайной «эффекта плацебо»

Если на человека действует плацебо, значит он является счастливым обладателем определенной генетической последовательности. Данную последовательность профессор Эдзарт Эрнст из Университета Эксетера выявил у некоторых людей из группы 104 добровольцев. У всех участников был синдром раздраженной толстой кишки. Оказалось, те, у кого была специфическая версия гена COMT, начинали чувствовать себя лучше после применения плацебо (в данном случае это была имитация акупунктуры). Правда, ученые пока не знают, относится ли данная мутация только к синдрому раздраженной толстой кишки, или связана с эффектом плацебо в принципе. Что касается настоящего исследования, то здесь добровольцев поделили на три группы. Первую лечили стандартным образом с официальным подходом. Вторую — при участии заботливого медицинского работника. А третью группу вообще не лечили. Через три недели пациентов опросили относительно их состояния. Притом, ученые забрали кровь на анализ. Их интересовал ген катехин-О-метилтрансферазы (COMT). Этот ген задействован в работе химического пути дофамина, дающего приятные ощущения. Судя по всему, когда человек реагирует на плацебо, активируется нейрореператчик дофамина. Поэтому генетическая вариация, утраивающая концентрацию дофамина в переднем отделе мозга, создавала «эффект плацебо». Кстати, активация происходила более мощно, если пациента лечил заботливый медик. Помимо дофамина, ученые «подозревают» серотонин.

Источник: BBC

Сокращение выкуриваемых сигарет — лучшая альтернатива полному отказу от табака

Британский национальный институт здравоохранения и клинического совершенства выпустил новые рекомендации для тех, кто хочет бросить курить. По мнению экспертов, в течение дня просто нужно меньше выкуривать сигарет или отказываться от сигареты вовсе в определенные моменты, например, на работе. Данная рекомендация идет вразрез с традиционным подходом, не предполагающим введения полумер, а фокусирующимся на тотальном отказе от табака. Как показал опрос, две трети курильщиков хотели бы бросить, но по каким-то причинам у них не получается. Эксперты надеются, что новые директивы сэкономят в их случае. Правда, до сих пор точно не установлено, какой эффект на организм произведет снижение количества выкуриваемых сигарет. Но, возможно, для людей с тяжелой зависимостью — это единственный реальный способ. По словам британских чиновников от здравоохранения, людям необходимо дать альтернативу, а не загонять их в жесткие рамки. К примеру, можно ограничивать себя на работе, дома. Поможет придерживаться режима и использование никотиновых пластырей.

Источник: BBC

ИнтерНьюс

Эксперты уверены: поиск информации о своей болезни — лучшее, что может сделать пациент

Университетский колледж Лондона заявляет, что человек должен сам искать симптомы своего заболевания и возможные методы лечения в Интернете. Это поможет быстрее поставить быстрый диагноз и получить от врача нужную информацию. Ученые опросили 26 человек разного возраста. Экспертов интересовало, почему эти люди обращались к врачу, уже имея на руках информацию, найденную в Сети, и к чему это привело. Оказалось, некоторые пациенты чувствовали, что врач относится к ним серьезнее. Но кому-то казалось, будто это оскорбляло специалиста. Однако исследователи не рекомендуют заниматься самолечением, полностью полагаясь на данные Интернета, ведь никто не может гарантировать точность полученных сведений. Комментирует профессор Роджер Джоунс: «Если раньше врачи довольно скептически смотрели на Интернет, то теперь они все чаще обращаются к нему, дабы наладить диалог с пациентом». По мнению Джоунса, важно, чтобы пациенты были заинтересованы в своем здоровье. Автор изыскания, Парвати Боувс, подчеркивает: врачи должны опираться на найденную информацию, ценить то, что пациенты уважают их как специалистов. А способность слушать человека в итоге позволит давать более адекватные ответы на вопросы.

Источник: The Telegraph

Данные расшифровки ДНК компрометируют человека, — говорят чиновники

Если еще недавно людей заботила только защита банковской информации, теперь специалисты говорят о необходимости защитить и данные, содержащиеся в геноме человека. Это довольно трудно сделать, принимая во внимание, что результаты геномных исследований нередко находятся в свободном доступе. Потом речь идет о создании системы персонализированной медицины, опирающейся на генетические данные пациентов. Да, и стоимость анализа постоянно уменьшается, стремясь к 1000 долларов. В перспективе автоматически возникнут проблемы с конфиденциальностью. Заранее разобравшись с этим решила Президентская комиссия по биоэтике. Комиссия подчеркивает: полное секвенирование необходимо с точки зрения изучения причин редких заболеваний. С другой стороны, если данные расшифровки дойдут до родных или коллег человека, он может попасть в трудную ситуацию. В частности, не исключены факты дискриминации на работе, если анализ покажет, что, к примеру, повышен риск болезни сердца. Плюс, иногда расшифровка проводится без согласия человека. Для примера: в США лишь около 50% штатов имеют в законодательстве статьи, препятствующие тестированию ДНК без согласия ее владельца. Эксперты призывают изменить законодательство, в частности, узаконив правило донесения до участников изыскания сведений о том, кто будет иметь доступ к ДНК.

Источник: Ремедиум

Подслащенные продукты все активнее вторгаются в рацион школьников

Подростки 14—16 лет съедают 22 чайные ложки сахара в день вместе с продуктами питания. Об этом говорят австралийские специалисты. По их словам, основной источник сахара — газировка (15%). Далее идут шоколад и леденцы (7%). 6% приходится на мед, сиропы и сахар, которым посыпают продукты. Те же 6% соответствуют хлопьям, батончикам с мюсли, замороженным молочным продуктам; 5% — печенью, а 4% — йогурту. Между тем, согласно ВОЗ, в рационе взрослого человека на сахар должны приходиться всего лишь 10%. Но для современных детей 9—16 лет сахар занимает значимое место — 13% калорий из рациона они берут именно из подсахаренных продуктов. В группе 2—3 лет показатели составляют 9%. И это, не считая сахара, содержащегося во фруктах и молочных продуктах. Комментирует доктор Джими Луи из Университета Воллонгонг: «В молоке, фруктах и определенных злаковых изначально много природных сахаров, как и питательных веществ. Этим не могут похвастаться продукты, в которые сахар добавлен».

Источник: The Australian

Начало на стр. 5

нужно пролонгировать, если это второй триместр, беременность нужно прерывать. Вне беременности препараты молодым женщинам принимать можно. Но предупреждайте своих пациенток фертильного возраста, что в случае беременности они должны немедленно отменить эти препараты.

— Телмисартан тоже один раз в сутки принимать?

— Не у всех пациентов он «дотягивает». Некоторым назначаем два раза в сутки. Формально все, что меньше 14 часов — на двукратный прием.

Гипертония и церебропротекция в меняющихся погодных условиях Проф. Савенков М.П.

При всех наших усилиях и затратах проблема гипертонии остается нерешенной.

АД, о котором мы говорим тут, — АД статическое, базальное. В течение суток АД меняется. Под воздействием многочисленных неблагоприятных факторов окружающей среды ухудшается самочувствие у здоровых, обостряются заболевания у больных. Доказана связь этих факторов с изменением АД, частотой возникновения инсультов. В связи с этим мы говорим о явлении метеопатических реакций. Они подразумевают под собой одновременность, массивность, кратковременность, стереотипность и метеозависимость.

В 2010 г. наблюдались 2 резких подъема смертности среди населения, летом и зимой. В 2009 г. аналогичный подъем смертности отмечался зимой. Это гипертония, атеросклероз, инфаркты, инсульты.

В разрезе доказательной медицины метеовопросов нет на должном методическом уровне. Они невозможны, так как не поддаются измерению. Зимой — это холодная влажность, обуславливающая спастические реакции. Летом — это расширение сосудов в жару. Ночью усиливаются парасимпатические влияния. Одной таблеткой 24 часа контролировать все это невозможно.

Хороший препарат должен назначаться с учетом местных особенностей. АД обладает спонтанной вариабельностью как в пределах одного дня, так и в различные дни, месяцы и сезоны.

Критерии выбора лечения артериальной гипертензии, диктуемые доказательной медициной, это возраст пациента, расовая принадлежность, наличие поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния. Профилактика же метеопатических реакций заключается в метеопрогнозировании, закаливании и медикаментозной терапии. Последняя должна быть при обострении заболевания, но строго дифференцированно, с учетом количественно-качественных характеристик погоды. Начинать нужно за 2—3 дня до изменения погоды. Сезонные и суточные колебания температуры и атмосферного давления зачастую очень значительны. Изменение атмосферного давления в 1 мм ртутного столба равно двадцати кг массы, которая на нас упала. Когда давление падает, организм «держит» воду. Давление подскочило на 20 мм — начинается сброс жидкости. В этот момент наши больные методично получают диуретическую терапию. Вопрос: а зачем в жару-то?

Самой сложной проблемой является количественная оценка метеозависимости. Суть в том, что разовое измерение АД ничего вам не даст. Нужно мерять АД и соизмерять его с метеорологическим фактором. Мы взяли коэффициент корреляции. Высокий — значит, метеозависим, низкий — значит, уже что-то другое.

Мы работаем совместно с Институтом земного магнетизма, с ИЗМИРАН'ом. Можно наблюдать корреляцию прямую, смещенную, скользкую. Анализ полученных данных показал, что важна не столько величина изменения давления, сколько скорость, т.к. организм не успевает переадаптироваться.

При скорости потери давления в 1/2 мм ртутного столба в час организм уже не справляется. Использовался прибор, измеряющий атмосферное давление и скорость его изменения. Перепады давления обнаружались даже при использовании лифта. По результатам исследования были выделены такие гипертензивные метеофакторы, как: стабильно высокое атмосферное давление (более 750 мм рт. ст.), колебания атмосферного давления более чем на полмиллиметра в час и колебания температуры воздуха более 30 °С (выход из помещения).

Дело в том, что как при снижении, так и при повышении давления симптомы могут быть одинаковыми, например, тяжесть в затылке. Если человек этого не знает и принимает гипотензивный препарат при понижении давления, последствия будут неблагоприятными. В ситуации, когда давление достоверно повышено, пациент может принять какой-нибудь ситуативный препарат короткого действия. Приблизительная стоимость портативной метеостанции составляет от 3 до 5 тысяч рублей. Их использование помогает пациентам постепенно адаптироваться к изменению АД, регулируя дозу препарата.

Безусловно, существует и «установочный» фактор. Когда говорят: «Метеозависимые люди, будьте аккуратны, завтра будет плохо!». И плохо им будет!

Можно выделить факторы риска метеопатических реакций. Это женский пол, пожилой возраст, пред- и менструальный периоды, климакс, менопауза, избыточный вес, артериальная гипер- и гипотония, ИБС, сердечная недостаточность и деформирующая дорсопатия.

У каждого человека есть свой механизм развития гипертонии. Если вы будете лечить давление, не убирая причину, что вы и делаете, там бляшка растет. Я сторонник той концепции, что лечение должно быть и этиологическим, и патогенетическим, а уже потом симптоматическим. В осно-

ве патогенеза гипертонии лежит сердечный выброс, тонус сосудов, вода с электролитами, натрийурез. В настоящее время, назначая диуретики, мы забываем о том, что они являются и салуретиками. Проверив мочу по Зимницкому, мы обнаружили, что гипертоник днем «задерживает» воду, ночью начинает ее выделять. У многих женщин наблюдается никтурия.

Из всех препаратов ингибиторы АПФ являются самыми распространенными. Они имеют 3 механизма действия. Лизиноприл — классический двадцатичетырехчасовой препарат. Ингибиторы АПФ активизируются в печени. Там же могут «встречаться» и многие другие препараты. Монотерапию при условиях изменяющейся погоды не удерживают ни они, ни один другой препарат. Ему, в частности, не хватает ангиотензиостатического эффекта, которым обладают антагонисты кальция. Протективный эффект гидрохлортиазида с лизиноприлом составляет до 70%. Хотя и это является недостаточным. Диуретик показан в тех ситуациях, когда недостаточно ингибитора АПФ, когда дисбаланс, пожилой возраст, гипертония и так далее.

Комбинация ингибиторов АПФ с блокаторами ангиотензиновых рецепторов, с тем же микардисом — но ее не хватает. Нет того, что мы называем противоспастическим эффектом. И вот антагонист кальция. Применяется сам по себе и вместе с рениновыми препаратами. Кальций — это мощный контроль спастической реакции гладкой мускулатуры, обеспечивающий не просто сужение, а спазм, мощное сужение с обязательной ишемией. Это и есть головные боли. Антагонисты кальция — это антиангиоспастика. Антисклеротический эффект — из доказательной медицины. Но патогенетический эффект — это спастический эффект.

А это стресс, сильные физические нагрузки, метеореакции: холод, перемены давления, ортостресс утром, когда человек встает с постели. Все мы любим бета-блокаторы, но, урежая пульс, мы неизбежно нарываемся на спастическую реакцию. Также при дорсопатии, когда мы имеем спастические зажатые сосуды и мышцы. И это страшно, пока ты не «разожмешь» зажатые сосуды, ничего не получится.

Препаратом выбора в такой ситуации становится амлодипин. И по доказательной базе, и по личному опыту. Спастические реакции, брадикардия, метаболический синдром, инсульт, но надо помнить о том, что есть гиперчувствительность. Это отеки, тахикардия и так далее. По наблюдениям применения нормодипина, до 50 г снижает метеореакции на 35%, не являясь достаточным видом монотерапии.

Комбинация блокаторов кальциевых каналов с ингибиторами АПФ появляется сейчас под разными названиями. Комбинация пириндоприл с амлодипином имеет не очень понятную схему дозировки. Но эта комбинация — уже 70% контроля. Не надо стелкивать лбами ингибиторы АПФ с блокаторами кальциевых каналов: механизмы совершенно разные. Добавляя к ним гидрохлортиазид, начинаешь понимать, что будущее за такими комбинированными препаратами, контролирующими все механизмы повышения АД. Но комбинированные препараты не входят в список жизненно важных.

Побочный эффект ингибиторов АПФ — кашель, диуретиков — эректильная дисфункция. У блокаторов кальциевых каналов — тахикардия и гиперчувствительность у женщин, а у мужчин — отеки. Антагонисты кальция плохо влияют на зрение, летом вопрос об их применении является спорным. Подбор дозы должен осуществляться индивидуально. Возможно, следует отменить дневной и назначать вечерний прием.

Помимо этого, появляются препараты с более селективным действием. Появляются антагонисты кальция, давно известные за рубежом. Лерканидипин — уникальный препарат, имеет в структуре два локуса, обеспечивающих высокую сосудистую селективность, липофильность и прочную связанность с клеточной мембраной при коротком времени полувыведения. Зафиксировавшись на рецепторе, он медленно диффундирует в канал, и соответственно нарастающая его концентрация в этом канале обеспечивает фармакокинетику, контролируемую мембраной. За счет этого эффект становится мягче, плавнее, стабильнее. Побочных эффектов становится меньше. АД он снижает приблизительно как амлодипин. При переводе пациентов с отеками с амлодипина на лерканидипин, давление поддерживается на необходимом уровне, а отеков становится меньше.

Можно сделать вывод, что летом зачастую достаточно монотерапии.

Говоря о комбинированной терапии, это ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, обязательно — антагонисты кальция, амлодипин и гипотиазид.

Бета-блокаторы, сами по себе урежая пульс, вызывают спастическую реакцию сосудов. Интересными являются селективные плюс вазодилатирующие блокаторы. Небиволол, селективный, со способностью синтезировать или активировать синтез оксида азота, вазодилатор. Поэтому в свое время был очень популярен метопролол. Сейчас больше назначается бисопролол. Антигипертензивный эффект небиволола по сравнению с бисопрололом под контролем бифункционального мониторинга оказывается значительно выше в различных погодных условиях и нестабильных ситуациях наджелудочковой аритмии, спастических реакций при выходе на мороз.

При приеме небиволола снижается риск развития ишемических изменений. Из бета-блокаторов он относится к метеопротекторам. Именно за счет вазодилатирующего, холодового баро- и спастических реакций, предотвращаемых в зиму. Но нет гарантии, что он будет средством выбора в жару.

Продолжение на стр. 7

Начало на стр. 5, 6

Применение небиволола благоприятно для мужчин. Есть данные о его стимулирующем влиянии на детрузор. Мужчины, которые принимают бета-блокаторы типа бисопролола, имеют риск развития нейрогенного мочевого пузыря.

Летом диуретик должен быть исключен, большая часть препаратов работает моно.

Любую терапию нужно проводить с умом.

проф. Парфенов В.А.: У нас иногда думают, что защита мозга — это предупреждение головных болей. Самая страшная катастрофа — это инсульт, а сердечная недостаточность для мозга — это слабоумие. Одно из самых эффективных направлений в медицине, которое позволяет защитить мозг, — это поддержание АД на оптимальном уровне. Рассмотрим пример послевоенной Японии, разрушенной страны, униженной американцами, высочайшая смертность. Стартует программа по нормализации АД, и продолжительность жизни у них становится 80 и больше. Инсульты снижаются. Поэтому, чем лучше мы достигаем оптимизации АД, тем лучше для головного мозга. Очень часто приходят люди с тревожными депрессивными расстройствами. Чтобы помочь этим людям, нужна в первую очередь интенсивная психотерапия.

проф. Савенков М.П.: Что же лежит первично в основе расстройства личности? Подъем АД или наоборот? Вот приходит нормальный человек. Чувствует себя хорошо. Меряет АД — 200. И начинается то, о чем Вы говорите. Стоит объяснить таким людям, что ничего страшного не произошло, что это реакция на сильное напряжение. Если человек понима-

ет, что эта реакция объяснима, ему станет легче. И что же здесь первично?

проф. Парфенов В.А.: Вы знаете о таком эффекте, как эффект плацебо.

проф. Савенков М.П.: Тогда вопрос: должен ли терапевт такой элемент делать? Скажите, сколько для этого нужно времени, когда общаешься с больным? Когда терапевту дается 12 минут, это элементарное неуважение и к врачу, и к больному. Минут 20-то надо.

проф. Парфенов В.А.: Почему, как вы думаете, во многих странах врачи общей практики? Платить за это стали. Самый эффективный момент — это когнитивно-поведенческая терапия. Если врач постарался, добыл себе сертификат (а это не так просто), ему платят дополнительно. И он доволен. И пациент тоже доволен. Потому что психотерапевтов на всех не хватит. Но мы должны пройти специализацию. Вопрос, как успокоить — это крайне сложно. Когнитивная — это разъяснительная, поведенческая — это изменение образа жизни. Это адаптация ко всем условиям. Но это — целая наука. Если мы это комбинируем, то получаем замечательный эффект, и мозг остается под защитой!

проф. Савенков М.П.: Давайте же освоим эту науку!

проф. Парфенов В.А.: Давайте. Возьмем в пример Великобританию, страну, в которой самое жесткое и качественное здравоохранение. Как же достигаются такие успехи? Во-первых, большая часть врачей готова применять что-то новое. Но, если как-то стимулируется их труд, результат возрастает еще. Если на вашем участке увеличилось количество больных с нормализованным АД, это надо учитывать. Это медицина будущего. Спасибо!

Среди множества болезней есть одна, вызывающая раздражение у многих молодых врачей и понимание — у более опытных. Болезнь эта не имеет четко очерченных границ. Речь идет о нарушении соотношения различных микробов в организме конкретного человека — микробного биоценоза. К сожалению, никто не может сказать точно, какое соотношение бактерий является «правильным». Вместе с тем неправильных бактериальных сообществ много и, строго говоря, многие инфекции являются следствием дисбиоза. Это касается патологии ротовой полости, желудочно-кишечного тракта, кожи, мочевых путей и половых органов. Возможна роль дисбиоза и при других патологиях.

Когда речь заходит о дисбактериозе, чаще всего имеют в виду желудочно-кишечный тракт и детей. Однако, проблемы функционирования кишечника, связанные с бактериальной флорой, весьма актуальны для пожилых. С ним можно связать и нарушения моторики кишечника, и интоксикацию при печеночной недостаточности. В последнее время внимание стал привлекать и дефицит витамина К. Собственно приводимый ниже пример яркое тому свидетельство.

В терапевтическую клинику 12.02.2012 в плановом порядке был госпитализирован пациент К., 79 лет, с жалобами на затруднение дыхания, слабость, головокружение, усиленное сердцебиение. С XI 2011 г. отмечалось снижение уровня гемоглобина, амбулаторно принимал препараты железа. Уровень гемоглобина и сывороточного железа несколько повышался. Из сопутствующей патологии — хронический обструктивный бронхит, с дыхательной недостаточностью II ст., стенокардия напряжения, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, артериальная гипертензия, подагрический артрит, начальные стадии хронической почечной недостаточности.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные, проявлений геморрагического синдрома нет. Гемодинамика стабильна, АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 86 в минуту. Печень и селезенка не увеличены, небольшие отеки голеней и стоп. Объективный статус в целом соответствовал диагнозу.

В общем анализе крови низкие показатели гемоглобина (74 г/л), эритроцитов (что, собственно, и было причиной госпитализации), при нормальном уровне тромбоцитов и лейкоцитов. Не было значительных изменений в биохимических показателях, обращало на себя внимание снижение протромбинового индекса до 69%, при МНО 1,25 и АЧТВ 36,9 сек, что не нашло трактовки в истории болезни.

Больному было назначено плановое обследование на предмет поиска источника кровопотери, продолжен прием Сорбифера Дурулеса. Внезапно, после переохлаждения (вышел погулять без верхней одежды на улицу) 16.02 состояние пациента ухудшилось, появился кашель с выделением мокроты, усилилась одышка, слабость, температуры повысилась до 39 С. В легких — жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы, в нижних долях — влажные мелкопузырчатые хрипы. При рентгенографии воспаления легких не выявлено. Заподозрено обострение ХОБЛ и к терапии добавлены цефтриаксон 2,0 г × 1 раз в сут., ципрофлоксацин 400 мг × 2 раза в сут., амбробене 30 × 3 раза в сут., беродуал через небулайзер, тромбо АСС 100 мг × 1 раз в сут. На последний препарат стоит обратить особое внимание: целесообразность его применения в данной ситуации сомнительна, а потенциальный вред — огромен.

Дисбактериоз — не признанная болезнь, но причина фатальных геморрагических осложнений

П.А. Воробьев, Л.С. Краснова, А.Ю. Буланов, Е.Е. Башлакова

Несмотря на проводимую терапию состояние пациента оставалось тяжелым. В общем анализе крови отмечались снижение гемоглобина до 51 г/л, увеличение АЧТВ до 240,1 сек, обнаружено повышение РФМК в 2,5 раза против нормы — до 10 мг/100 мл, при отсутствии существенной динамики остальных показателей (уровень тромбоцитов, протромбиновый индекс, МНО, фибриноген). Цифры АД 80/60 мм рт. ст. 20.02 появился черный стул. При исследовании были выявлены язва угла желудка, гигантская пенетрирующая язва луковицы 12-перстной кишки (2,5 × 1,5 см), эрозивно-геморрагический эзофагит, эрозивно-геморрагический гастрит, дуоденит. Стало очевидным, что железоде-

фицитная анемия связана с язвенным процессом в 12-перстной кишке. Роль ацетилсалициловой кислоты можно признать триггерной — она вполне могла усугубить ситуацию при наличии язвенного дефекта.

Начата консервативная противоязвенная терапия: амоксициллин 1,0 г × 2 раза в сут., фромилит 500 мг × 3 раза в сут., Де Нол по 1 таб. × 4 раза в сут., альмагель 1 ст. л. × 3 раза в сут., кваталет 40 мг × 2 раза в сут., с 29.02 проводилось переливание эритроцитной массы. Состояние больного улучшилось, отмечался прирост гемоглобина до 70 и 93 г/л, исследование показателей гемостаза не проводилось, ацетилсалициловая кислота отменена не была.

11.03 при проведении контрольной гастроскопии выявлено продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение из язвы 12-перстной кишки. Попытка эндоскопического гемостаза оказалась неэффективной, выполнена гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы.

В коагулограмме отмечалось прогрессирующее ухудшение показателей — увеличение АЧТВ до 111,30 сек, снижение протромбинового индекса до 8%, повышение МНО до 7,39. Больному ежедневно переливалось не менее 500 мл свежезамороженной плазмы, эритроцитная масса.

16.03 — рецидив кровотечения, проводились повторные попытки эндоскопического гемостаза. Оперативное пособие из-за тяжести состояния (нестабильная гемодинамика, дыхательная недостаточность) не выполнялось, в последующие дни проводилась симптоматическая, в том числе антибактериальная терапия. При ежедневном контроле гемостаза МНО колебалось в пределах 3,5—9,39, протромбиновый индекс — от 6 до 29%, антитромбин III — 52—82%, РФМК 12 (при норме до 4), АЧТВ — 54,1—89,4 сек. Такие колебания могут быть объяснены постоянными трансфузиями свежемороженой плазмы. Уровень фибриногена и тромбоцитов находился в пределах нормальных значений. 27.03 наступила остановка сердечной деятельности.

Клинический диагноз не расходился с патологоанатомическим, однако ответ на вопрос о причине развития тяжелейшего фатального геморрагического синдрома получен не был. Морфологических изменений в печени, которые могли бы сопровождаться печеночной недостаточностью и снижением синтеза протромбина обнаружено не было. Впрочем, и при жизни больного не было ни билирубинемии, ни повышения уровня ферментов. Не получал больной и антикоагулянтов. Лишь последующий анализ ситуации позволяет высказать соображения о патогенезе этого осложнения в данном случае.

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Ночные смены могут наградить мужчину раком простаты

Мужчины, работающие по ночам, почти в три раза чаще получают диагноз «рак простаты» по сравнению с теми, кто работает днем, сообщают исследователи из Университета Квебека. У ночных работников также повышен риск в отношении прочих типов рака, включая рак кишечника, мочевого пузыря и легких. Кстати, ранее об опасностях ночных дежурств ученые уже говорили, но в отношении женщин и риска рака груди. Итак, ночная работа приводит к тому, что подавляется нормальная экспрессия мелатонина — гормона, вырабатываемого шишковидным телом мозга. Гормон помогает регулировать режим бодрствования и сна. Если сбой продолжается минимум десять лет, начинаются по-настоящему серьезные проблемы. Это доказали исследования состояния 3137 мужчин, у которых диагностировали рак. В качестве контрольной группы выступали 500 здоровых мужчин. Оказалось, в первой группе было много людей, работавших по ночам. В общей сложности ночные смены почти утраивали риск рака простаты и удваивали риск рака кишечника. Также на 76% увеличивалась вероятность рака легких и на 70% — мочевого пузыря.

Источник: The Telegraph

Эксперты создадут «фабрики» для производства лекарств в организме человека

Проект «Фарм-бактер» — надежда отечественной фармакологии — уверены специалисты. Суть проекта заключается в получении лекарств прямо в теле человека. Благодаря предлагаемому подходу, можно забыть о дорогостоящих и не всегда эффективных инъекциях препаратов, которые к тому же не действуют избирательно. Как отмечают сотрудники РНИМУ им. Н.И. Пирогова, это возможно благодаря применению симбиотических бактерий. Получаются бактериальные «фабрики» на основе организмов, обитающих в кишечнике. Только необходимо ввести в организмы ген, кодирующий нужный лечебный белок. «В ноябре мы планируем провести эксперимент с участием людей, но без применения лекарства. Это покажет приживаемость бактерий», — комментирует автор идеи Андрей Шкопоров. Подход позволяет продвигать в жизнь принцип персонализированной медицины, ведь «заводы» будут идеально подходить для производства конкретного препарата. Максим Годзи, директор инновационного бизнес-инкубатора InCube, поддерживающего эту разработку, констатирует: «Бактерии уже сами по себе живут в организме, поэтому достаточно их несильно модифицировать. Не дожидаясь выхода основного продукта, авторы смогут оказывать услуги подбора бактерий. Это позволит бороться с основным заболеванием мегаполисов — дисбактериозом».

Источник: РБК Daily

Антитела против ВИЧ — тайный ресурс организма человека

Ученые из Южной Африки узнали, что в организме людей могут образовываться антитела, нейтрализующие некоторые штаммы ВИЧ. Когда вирус добавляет к своей поверхности молекулу сахара, дабы проникнуть в клетки человека, антитела адаптируются и начинают распознавать этот сахар. В итоге антитела способны справиться с 9 из 10 известных штаммов ВИЧ. Изыскание, о котором идет речь, опирается на анализ образцов крови, забиравшихся у двух ВИЧ-инфицированных женщин с равными промежутками времени на протяжении нескольких лет. Это позволило понять, как вирус и антитела менялись со временем. Итак, молекула сахара, играющая ключевую роль, называется гликан. Она располагается в точке 332 поверхностного белка вируса. Именно эта молекула дала возможность организму выработать антитела, работающие против 88% штаммов. То есть, антитела не вылечивали ВИЧ, но они не давали им заражать здоровые клетки. Сделанное открытие подводит ученых все ближе к созданию вакцины против ВИЧ, справляющейся с мутациями вируса. Правда, у вакцины, созданной на основе выделенных антител, все равно будет ограниченная зона действия — конкретный гликан. Это тревожит исследователей.

Источник: Xinhua

Начало на стр. 7

Речь идет о внезапном развитии у большого тяжелого дефицита витамина К и снижения синтеза К-зависимых факторов свертывания. Именно об этом свидетельствуют резчайшее снижение протромбинового индекса и громадный рост МНО. Обычно так бывает при передозировке непрямых антикоагулянтов или при тяжелой печеночной недостаточности. Ни того, ни другого в данном случае не было. Появление продуктов паракоагуляции (РФМК), некоторое снижение антитромбина при нормальном уровне тромбозитов и фибриногена может наводить на мысль о ДВС-синдроме, но это не должно смущать врача в данном случае: очевидное «напряжение гемостаза» в условиях продолжающегося кровотечения и появление внутрисосудистой коагуляции.

Теоретически можно было бы думать о патологии тромбоцитарного звена гемостаза — при тяжелой почечной недостаточности бывают тромбоцитопенические состояния (потребление при ДВС-синдроме), реже — тромбоцитопатии. Свою лепту в тромбоцитопатию может внести ацетилсалициловая кислота. Но тромбоцитопатии сами по себе не дают профузных кровотечений, при этой патологии наблюдается петехиальные кровоизлияния, носовые и десневые кровотечения, кровотечения из слизистых оболочек. В данном случае подобных симптомов отмечено не было.

Жирорастворимый витамин К необходим для гамма-карбоксихлорирования витамином К-зависимых факторов свертывания крови в процессе их синтеза. При дефиците витамина К снижается уровень факторов протромбинового комплекса (фактора II, фактора VII, фактора IX, фактора X, протеинов С и S) тем больше, чем меньше уровень витамина. Индикатором дефицита служит протромбиновый индекс (мало стандартизированный метод) и нормализованное международное отношение (МНО, стандартизованная технология).

Витамин К — это группа производных 2-метил-1,4-нафтохинона; существуют 2 формы: витамин К₁ и витамин К₂. Витамин К₁ (фитоменадион) синтезируется в растениях и содержится в листьях. Витамин К₂ (менахинон, менактренон) продуцируется в организме человека сапрофитными бактериями в тонком отделе кишечника, а также клетками печени животных. Некоторые бактерии толстого кишечника, такие как кишечная палочка, также способны синтезировать витамин К₂. Производные нафтохинона, полученные синтетическим путем — витамин К₃, витамин К₄, витамин К₅, витамин К₆, витамин К₇.

Около 80% витамина К всасывается в тонкой кишке и поступает в печень. Здоровая печень содержит примерно 30-суточный запас витамина К, но в острых случаях дефицит может развиться всего за 7—10 суток. Дневные нормы поступления витамина невелики: 120 мкг в сутки для мужчин и 90 мкг для женщин.

Считается, что дефицит витамина — явление редкое, так как нормально функционирующая популяция бактерий кишечника производит достаточное количество витамина К. Причинами гиповитаминоза К могут быть:

1. Дисбиоз кишечника. Витамин К синтезируется флорой кишечника, появление избытка гнилостной флоры сопровождается снижением «производства» витамина К в кишечнике. Дополнительным фактором может быть избыток токсичного аммиака, вырабатываемого гнилостной флорой и токсически действующего на печень: он всасывается из кишечника в кровь и дезактивируется в печени. При тяжелых формах дисбиоза на фоне печеночной недостаточности единственным эффективным способом снижения аммиачной интоксикации является применение стимулятора развития бифидум-флоры лактулозы. Развитию острого дисбиоза способствуют желудочно-кишечные кровотечения: кровь прекрасная среда для роста гнилостной флоры.

2. Лечение антибиотиками и сульфаниламидами, с одной стороны, может приводить или усугублять дисбиоз. С другой стороны, — к дефициту витамина К приводит использование антибиотиков III поколения цефалоспоринового ряда: моксалактам, цефоперазон, цефамандол и другие действуют подобно непрямому антикоагулянтам, ингибируя восстановление и повторное использование витамина К.

3. Отравление авитаминами К (кумариновые антикоагулянты, препараты для дератизации).

4. При патологии печени и желчевыводящих путей (холестаз, нарушение образования и секреции желчи, инфекционные и токсические гепатиты, цирроз печени, желчнокаменная болезнь, опухоли поджелудочной железы, дискинезия желчных путей, печеночная недостаточность

(следует исключать снижение белковосинтетической функции печени как причины снижения синтеза К-зависимых факторов свертывания; в дифференциальной диагностике помогает оценка уровня альбумина и фибриногена в крови — их синтез не К-зависим), после некоторых операций на желчных путях, так как исключается поступление желчи, она отводится через дренаж) может развиваться дефицит желчных кислот, необходимых для усвоения жирорастворимых витаминов из кишечника.

5. Нарушение всасывания в кишечнике (мальабсорбция, состояние после резекции тонкой кишки, муковисцидоз), диарея, язвенный колит, дизентерия, заболевания поджелудочной железы.

6. Преимущественно растительная еда на фоне приема антагонистов витамина: витамин К в больших количествах содержится в темно-зеленых листовых овощах и травах (шпинат, петрушка, зеленая капуста), в зеленом чае, несколько меньше в белокачанной капусте, салате, брокколи, брюссельской капусте, в бобовых, майонезе (за счет растительных масел); для повышения МНО до целевых значений большой принимает повышенную дозу препарата, а затем при исчезновении растительной пищи из рациона может произойти относительная передозировка. Клюква сама по себе существенно усиливает действие варфарина.

Дефицит витамина К приводит к появлению геморрагического синдрома, а при хроническом дефиците — к окостенению хрящей и деформации костей у ребенка. Геморрагический синдром характеризуется гематомным типом кровоточивости: гематомы в местах инъекций или спонтанные, кровотечения и кровоизлияния во внутренние органы, включая инсульт, гематурия, обширные гематомы на спине, передней брюшной стенке, в забрюшинном пространстве, желудочно-кишечными кровотечениями.

В качестве лечения при тяжелой кровоточивости для быстрой нормализации гемостаза используют свежзамороженную плазму как источник факторов свертываемости (до 1000 мл в сутки) или концентрат протромбинового комплекса, введение витамина К. При тяжелых, резистентных к терапии кровотечениях целесообразно использование препаратов так называемого «шунтового гемостаза» — активированный фактор VIIa и Фейба (активированный концентрат факторов протромбинового комплекса).

В России зарегистрированы 2 препарата витамина К: *викасол* и *фитоменадион*. *Викасол* является синтетическим водорастворимым аналогом витамина К (витамин К₃) и может применяться не только внутрь, но и парентерально. Вводят по 20—40 мг в/в повторно нормализации протромбинового времени. Надо оговориться, что эффективность этого препарата крайне низка, эффект можно ожидать только через 2—3 дня от начала терапии.

Введение *фитоменадиона* — витамина К₁ (разрешен в России только в ветеринарной практике, хотя во всем мире зарегистрирован для применения у человека) в дозе 10 мг в/м или п/к (в тяжелых случаях в/в) быстро восстанавливает содержание витамина К в печени и за 8—10 ч нормализует синтез факторов протромбинового комплекса. Врач, назначающий такое распространенное в мире лечение, должен осознавать свою ответственность и подсудность, вместе с тем только этот препарат позволяет в ряде случаев спасти жизнь человека. Мы не можем рекомендовать такое лечение, но и утаить его — не имеем морального права.

Препаратом выбора является именно витамин К₁ (*фитоменадион*), а не витамин К₃ (*викасол*). *Викасол* не способен восполнить необходимый дефицит витамина К, при этом в высоких дозах 25 мг/кг способен вызывать поражения печени, метгемоглобинурию и другие негативные последствия. По этой причине в Америке его запретили к использованию с 1985 г. Только если нет возможности использовать витамин К₁, то можно применять *викасол*.

Таким образом, у нашего больного имелась хроническая кровоточащая язва, сопровождающаяся железодефицитной анемией. Вероятной причиной развития острых рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений и тяжелого нарушения гемостаза явился дефицит витамина К-зависимых факторов свертывания крови. Можно предположить, что в результате применения высоких доз антимикробных средств (лечение пневмонии, а затем — противоязвенная терапия) прогрессировал дисбиоз кишечника с нарушением синтеза витамина К. Массивное желудочно-кишечное кровотечение (в том числе спровоцированное антиагрегантами), наряду с усугублением дисбиоза, сопровождалось развитием ДВС-синдрома.

Следовательно, при жизни пациента патология не была распознана, и лечение проводилось не вполне адекватное.

ИнтерНьюс

Инфоматы для записи к врачам могут появиться в торговых центрах

Терминалы для записи к врачу — инфоматы — в ближайшем будущем могут располагаться не только в поликлиниках, но и в торговых центрах, на остановках общественного транспорта и в других местах скопления людей. Об этом сообщил 25 октября на пресс-конференции заместитель директора департамента информационных технологий и связи Минздрава России Роман Сафронов. По его словам, в рамках программы модернизации здравоохранения региона РФ получили средства на информатизацию, в том числе на приобретение инфоматов. «Мы им рекомендовали учитывать, где их ставить. Технически никаких проблем в этом нет. Это решение должны принимать регионы», — пояснил Сафронов. Как напомнила ранее в четверг пресс-служба Минздрава со ссылкой на начальника Сафронова, директора департамента информационных технологий и связи ведомства Романа Ивакина, с 1 декабря 2012 года все поликлиники России будут подключены к системе электронной записи к врачу. С помощью этой системы можно будет записаться на первичный прием к терапевтам, педиатрам, гинекологам, стоматологам и врачам общей практики. Кроме записи через единый портал госуслуг и аналогичные региональные сервисы, пациенты смогут пользоваться инфоматами, которые установлены в медучреждениях, а также регистрироваться на прием через call-центры. Не отменяется и традиционный способ записи к специалистам в регистратурах. Ивакин полагает, что запись на повторный прием должен инициировать врач, планируя посещение в комфортное для пациента время. «Запись на прием к узким специалистам — это задача следующего года», — сказал он. По словам Ивакина, услуга электронной записи на первичный прием уже работает более чем в 45% поликлиник страны. По данным на 20 октября, к системе подключены 3 тысячи 162 медорганизации. Лидером является Уральский федеральный округ, где около 90% поликлиник записывают пациентов к врачу дистанционно. Наихудший показатель — в Северо-Кавказском федеральном округе, где к системе подключены только 22% поликлиник. «Если 30% пациентов будет записываться к врачу через интернет — это высокий показатель, сопоставимый с количеством пользователей сети Интернет по самым популярным госуслугам», — полагает Ивакин. Ранее глава Минздрава Вероника Скворцова отмечала, что пока электронная очередь — не очень востребованная услуга. Большая часть населения по-прежнему записывается к врачу через регистратуру при личном посещении поликлиники.

Источник: РИА Новости

Лишний вес в подростковом возрасте может помешать мужчине завести детей

Тучные мальчики подросткового возраста (14—20 лет) имеют до 50% меньше тестостерона, чем их стройные ровесники. Это повышает риск бесплодия в дальнейшем, утверждают ученые из Университета Буффало. Еще в 2004 году было доказано, что у тучных людей, лиц с диабетом 2-го типа снижен тестостерон (гипогонадизм). Теперь исследователи решили проанализировать вес и гормональный фон у 25 тучных молодых людей без истории диабета. Была и контрольная группа из 25 человек. У них по утрам бралась кровь на предмет выявления уровня общего и свободного тестостерона и эстрадиола. Так, у подростков с пониженным тестостероном чаще отмечались проблемы с весом. Кстати, при данном положении дел у человека активнее нарастает абдоминальный жир, уменьшается мышечная масса и развивается инсулиновая резистентность. Это прямая дорога к диабету и бесплодию. К счастью, показатели гормона можно вернуть в норму, если пройти шунтирование желудка. Однако ученым еще предстоит доказать, насколько прочие изменения образа жизни могут сказаться на уровне гормонов.

Источник: The Daily Mail

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
 Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивакин В.Т., Какурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Пожоева 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., Синопольников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлептор А.В., Юцук 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@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард

(495) 729-97-38

Внимание!

В адресе корреспонденции

обязательно указание МТП «НьюДиамед»!

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена