



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Октябрь 2005

№ 13

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Ирина живет достаточно обеспеченно, ей около 45 лет, у мужа свой бизнес, она — работает. Мы с ней проговорили о медицине около часа в Сиднее. У нее есть свой врач — дженерал практишен, терапевт-на-все-руки-мастер (врач общей практики по-нашему). Врач может быть и семейным, но у нее только свой, у мужа — другой. У него есть офис, куда вы к нему ходите. Офис врач арендует или имеет в собственности. Офисы дженерал практишен расположены либо у станций метро (в большинстве районов этого большого города — одно- двухэтажные дома), либо в многоквартирных домах, чтобы была «шаговая доступность». В этих же местах часто находятся и вспомогательные службы, лаборатории, «ультразвук», рентгенологические офисы, иногда образуя некий «медицинский центр» из разных офисов. Но каждый офис — самостоятелен и независим от другого, часть лабораторий — в госпиталях.

В каждом муниципальном районе города есть свой госпиталь, где вы лечитесь бесплатно. Вы можете бесплатно лечиться и у другого дженерал практишен, или в другом госпитале, так как деньги за лечение снимаются с вашей карточки «медикэр» а она не привязана территориально, к месту жительства — только к физическому лицу.

За каждый ваш приход дженерал практишен получает примерно 30 американских долларов — эти деньги платятся ему по программе «медикэр». Он назначает вам дополнительный лабораторный или лучевой экзам-ен, сам он снимает ЭКГ, немного проверяет по зрению и слуху, смотрит гинекологию. Он же направляет вас к специалисту-консультанту на бесплатную консультацию (за счет государственного покрытия). Мимо дженерал практишен попасть на прием к специалисту вы не можете, — только за деньги. Вероятно, что у дженерал практишен есть квоты на количество консультаций, во всяком случае, он не направляет туда всех, а старается решить вопросы самостоятельно. Кроме того, ему выгодно заниматься вами — за вас платит государство, за каждое посещение.

У специалистов ставки разные, профессор может попросить и 500 долларов за прием. Дженерал практишен тоже ведет частный — за деньги пациентов — прием. Например, вы пришли на прием после пяти без предварительного звонка — вам не откажут, но предложат заплатить. Или приходите завтра в установленное время. У вас есть дополнительная страховка? — в этом случае вы платите, а потом страховка частично, процентов на 80, покрывает ваши затраты. Со страховкой аналогично и прием у специалиста — часть затрат потом вернут. Но в этом случае вы не подлежите государственному обеспечению — или-или. Некоторым выгодно иметь страховку, если за счет нее уменьшаются налоги, другим — невыгодно. Стоматолог и окулист — платные специалисты и затраты на них не покрываются государством.

Если госпитализация бесплатная за счет «медикэр», то в очередь (если не срочно) иногда — на полгода. Никто не будет класть в больницу для «подбора терапии» при стенокардии, гипертонии, бронхиальной астме или язве желудка. Домашнюю пневмонию лечат дома, если нет показаний для экстренной госпитализации и интенсивной терапии. Экстренная госпитализация не всегда заканчивается койкой в госпитале — большая часть помощи оказывается интенсивно в приемном отделении и пациент идет домой.

Не хочешь ждать очереди на госпитализацию — плати, и тогда без очереди. Платно — другие условия, одноместная палата, могут ночевать родственники, посещения круглосуточно. Врачи госпиталей обязательно ведут прием как консультанты, у них офисы обычно прямо в госпиталях. В платных госпиталях работают те же врачи, что и в бесплатных, они совмещают и тут и там (возможны платные и бесплатные койки в одних и тех же госпиталях).

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Все специалисты-консультанты — **ВНИМАНИЕ** — хирурги разных специальностей, **обязательно оперирующие в стационаре или принимающие в операциях участие**. Своего больного каждый консультант оперирует сам. Не оперирующих консультантов-специалистов нет! Эндокринолог — оперирует, кардиохирург, есть психиатр, который лечит многие неврологические болезни, и нейрохирург, инсульт лечится у терапевта. Интенсивная терапия в стационаре — там специалисты

чения по ним) пациент приносит с собой, а мнения и заключения других врачей — всегда ли они полезны? Часто ли врач в стационаре читает амбулаторную карту, в которой, как правило, невозможно ничего разобрать, кроме анализов. Или врач поликлиники так уж тщательно изучает выписку из стационара, в которой несколько строк про анамнез и жалобы и дежурные строки про объективный статус. Чего в выписке нет никогда — результатов исследований, или они даны в укороченном виде: в общем анализе крови и мочи патологии нет. А если австралийский больной под постоянным мониторингом, то в компьютере сохраняются все его данные — пока его наблюдают.

Лекарства вы купить не можете без рецепта, ни за какие деньги. Кроме, естественно, безрецептурных средств, к которым, в частности, отнесены НПВП. Сейчас пытаются и НПВП убрать из безрецептурного отпуска. Лекарства выписывает только дженерал практишен и они бесплатны, хотя за них надо доплатить некую разницу в 15—30 долларов. Т. е. сначала вы покупаете лекарство, а потом вам частично, процентов на 80 компенсируют его стоимость. Сами лекарства очень дороги, например месячный курс гипотензивной терапии может стоить 100—150 долларов.

Одновременно существует сеть магазинов что-то типа «здоровое питание», в которых реализуются натуропатические продукты: витамины, травы, гомеопатия и т. д. — по-нашему БАДы. Это не оплачивается государством, выписывается только натуропатами и никогда ни один врач вам этого не посоветует. Натуропатия — за свой счет! Вместе с тем натуропаты имеют образование или медицинское с последующей переквалификацией, или специальное, видимо, тоже медицинское, но среднее, колледж. Лицензия у них есть обязательно.

Лекарства отбираются правительственным органом для включения в лист строго по доказательствам эффективности и фармакоэкономическим обоснованиям. Известно, что здесь самая строгая система отбора в мире. Другие препараты, не включенные в лист, выписать и получить нельзя — они просто недоступны. Фактически — это система регистрации препаратов, так как если препарат в лист не включен, то он и не продается.

Высок уровень стандартизации в медицине, во всяком случае, о наличии стандартов пациенты знают. Правда, стандарты касаются только госпитализации и созданы на основе клинико-статистических групп, нозологических стандартов нет, вместо них клинические рекомендации. Поэтому вы можете придти к дженерал практишен и попросить его назначить те или иные лекарства или те или иные исследования, не всегда связанные с болезнью. Он может их назначить или отказать. Возможно, у него есть квота и на исследования и на лекарства.

Дженерал практишен может послать в тот медицинский центр, с кем он сотрудничает и, возможно, получает там деньги за направление туда пациентов, объясняя, что там «лучше делают». Но везде делают одинаково. Австралия первая, и пока единственная страна, которая внедрила в свою медицину правила обеспечения качества ISO 9000. Правила международного комитета по стандартизации ISO разработаны для промышленности и подразумевают, что стандарты разрабатываются и применяются на каждом рабочем месте, что вместо тотального надзора и контроля вводится самоконтроль, все операции и процедуры тщательно фиксируются и анализируются. Обсуждение системы ISO 9000

в здравоохранении — для отдельного большого разговора, но Австралия смело пошла по пути внедрения перспективной системы управления качества в клинику.

Тема мздоимства неоднократно прозвучала в ходе в целом очень добродушного рассказа. Врачи получают от фармфирм за выписку нужных препаратов. Вначале — первую не-

## А мы так не можем?

(несколько слов о здравоохранении Австралии глазами русской эмигрантки)



Австралийский парамедик и П.А. Воробьев

интенсивной терапии, но никакого кардиолога амбулаторного нет. Как, насколько я понимаю, нет и ревматолога и еще кучи специальностей, навывдуманных в России. Есть врачи, занимающиеся углубленно отдельными проблемами, но они не создают касту специалистов. Мы никак не поймем, почему у них мало специальностей — да просто они не нужны в их системе. Консультант должен сам вести больного в стационаре, если не справляется дженерал практишен. Больше он ни для чего не нужен. Роль дженерал практишен не просто велика — она определяет все лицо медицины.

Амбулаторная карта ведется вашим дженерал практишен в своем компьютере, если вы исчезаете от него более чем на 2 года — она стирается. Аналогично с историей болезни в стационаре — она через 2 года уже никому не нужна и убирается. Нет никакой видимой преемственности, никто не пишет выписок из стационара, но у вас на руках копии всех анализов и заключений по ним. Каждый новый больной читается с белого листа.

На первый взгляд это плохо, но на самом деле все объективные данные исследований (включая и заклю-

Все специалисты-консультанты — **ВНИМАНИЕ** — хирурги разных специальностей, **обязательно оперирующие в стационаре или принимающие в операциях участие**.

...витамины, травы, гомеопатия и т. д. — по-нашему БАДы. Это не оплачивается государством, выписывается только натуропатами и никогда ни один врач вам этого не посоветует. Натуропатия — за свой счет!

## ИнтерНьюс

**Доктор С.Ш. Сулейманов с соавт. провели в клиниках Хабаровска фармакоэкономическое исследование, посвященное сравнительной оценке различных генериков эналаприла**

Был проведен анализ объема продаж на фармацевтическом рынке сердечно-сосудистых средств, изучена структура потребления генериков эналаприла в медицинских организациях и проведен фармакоэкономический анализ (затраты-эффективность) гипотензивной терапии воспроизведенными препаратами эналаприла. Выявлено, что для лечения артериальной гипертензии из воспроизведенных аналогов эналаприла по частоте назначений лидирует энал фирмы KRKA. Наименьший показатель «затраты—эффективность» среди эналаприлов демонстрирует эналаприл компании «Новомед».

**Источник:**

*Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 4.*

**Гранулоцитарный колониестимулирующий фактор может быть использован в лечении инсульта и других неврологических заболеваний, показывают лабораторные данные**

Гранулоцитарный колониестимулирующий фактор — стимулятор гемопоэза, запускающий дифференцировку миелоидных клеток с образованием нейтрофильных гранулоцитов. Д-р Армин Шнейдер и коллеги (Axaon Biosciences, Гейдельберг, Германия) ранее продемонстрировали нейропротективный эффект гранулоцитарного колониестимулирующего фактора в исследовании на лабораторных животных. На этот раз авторы решили изучить действие фактора на животной модели инсульта. У лабораторных крыс путем окклюзии или фототромбоза средней мозговой артерии моделировался инсульт, затем внутривенно вводились гранулоцитарный колониестимулирующий фактор или плацебо.

Выяснилось, что фактор обладал выраженным антиапоптотическим действием в отношении зрелых нейронов и активировал стволовые клетки. Он экспрессировался нейронами центральной нервной системы, а также был способен проникать через гематоэнцефалический барьер при системном введении. У животных, получавших гранулоцитарный колониестимулирующий фактор, были достоверно лучше долгосрочные поведенческие функциональные исходы, чем у крыс из группы плацебо.

Фактор является эндогенным лигандом центральной нервной системы, обладающим двойной активностью — он не только препятствует острой дегенерации нейронов, но и повышает долгосрочную нейронную пластичность после ишемии мозга. Поэтому, по мнению авторов, фактор можно рассматривать как потенциальный препарат для лечения инсульта и нейродегенеративных расстройств.

Однако, по мнению экспертов редакции Вестника МГНОТ, такие исследования должны быть тщательно проверены, так как колониестимулирующие факторы, как и стволовые клетки, окружены ореолом таинственности, но при тщательном изучении их предполагаемая высочайшая эффективность не подтверждается.

**Источник:**

*J. Clin. Invest. 2005; early online publication, собственные данные.*

(Начало на стр. 1) ➔

делю после назначения, вам дают лекарства бесплатно, значит — за счет фармфирм? Пациентам кажется, что врачи стараются посадить больного на лекарство на всю жизнь — что гипотензивные, что противозачаточные пилюли. Это рождает определенное недоверие. По поводу взаимоотношений врачей с фармфирмами здесь уже приняты какие-то решения, например круизы, за счет фармпроизводителей, очень популярные ранее, запрещены. Хотя какие-то формы взаимодействия и воздействия наверняка остались. Важно, что об этом говорят в открытую, обсуждают, это уменьшает недоверие, рождаемое замалчиванием.

Врачи перестраховываются. Дженерал практишен назначает Ирине пожизненно гипотензивные — она отказывается, та делает у себя запись, что риск инсульта не уменьшен. Что бы ни случилось — всем назначают антибиотики. Пустячная ранка — 7 дней антибиотиков, профилактически, а вдруг что-то будет. В результате этого в обществе высок уровень аллергии. Перед стоматологической процедурой у молодых пациентов делается обязательно ЭКГ и кардиологический экзамен, только потом вас будут лечить. У одного приятеля Ирины выявились во время посещения стоматолога какие-то проблемы с сердцем, ему доктор обещал жить всего несколько дней и он отправился на бай-пас (аорто-коронарное шунтирование). Пошел, куда деваться, зубы надо делать.

Проблема в стране — рак кожи: высок уровень инсоляции. Идет постоянный осмотр кожи для выявления меланом, специальные клиники работают над этим, на улице к вам обращаются молодые люди в майках с надписью про противораковые программы — интервьюеры, которые рас-

сказывают, как это опасно. Прививки детям делаются, конечно, только с согласия родителей, а не так, как у нас: «мама, нам сегодня делали прививки». Возможно, над этим трудятся специальные команды, так как никаких педиатров нет. Профилактика рака явно проводится активно, практически нигде нельзя курить, курит меньше 30 % населения. С сигаретой на улице человека заметить нельзя, только в уголке где-нибудь прижмется. Не курят и в пивных, пабах, куда, например, запрещен вход детям до 18 лет. Исключено курение на рабочем месте.

Что еще бросилось в глаза. Пробки в городе Сиднее смехотворные по сравнению с нашими, московскими. Но для ускорения «Скорая помощь» ездит на мотоцикле — приезжает по срочному вызову парамедик с кучей всяких коробок. Он легко проникает через пробки и быстро привозит то, что надо экстренному больному. Потом, возможно, при необходимости госпитализации, приедет и машина, но существенная часть проблем будет решена этим мотоциклистом.

Сухой остаток: все лечит дженерал практишен, за исключением того, что он лечить не может. Ему невыгодно отправлять на консультацию, так как он теряет деньги, но он при необходимости будет делать это, так как рискует потерять все при оказании некачественной помощи. Система предельно упрощена, из нее явно удаляется все лишнее. Не ясно, все ли так хорошо в австралийской системе, наверняка много изъянов, но очень много рационального.

А мы так не можем? Или не хотим? Или нам такого не надо?



Мотоцикл «Скорой помощи»

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

### ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 22.12.2004.

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

«Боткинские чтения»

Повестка дня:

**1. Член-корр. РАМН Е.Л. Насонов**  
**(ГУ Институт ревматологии РАМН).**  
**Терапевтические проблемы ревматоидного артрита.**

Ревматоидный артрит — наиболее частое воспалительное заболевание суставов, распространенность которого в популяции около 1%, а экономические потери от ревматоидного артрита для общества сопоставимы с ишемической болезнью сердца. Через 20 лет от начала болезни примерно 90% пациентов в большей или меньшей степени теряют трудоспособность, а треть становятся полными инвалидами. Жизненный прогноз у пациентов с ревматоидным артритом столь же неблагоприятен, как и при лимфогранулематозе, инсулин-зависимом сахарном диабете и трехсосудистом поражении коронарных артерий. Увеличение смертности во многом обусловлено нарастанием частоты сопутствующих заболеваний (инфекции, поражение сердечно-сосудистой системы и почек, остеопоретические переломы и др.), развитие которых патогенетически связано с плохо контролируемым ревматоидным воспалением и дефектами иммунитета. Ревматоидный артрит является ярким примером заболеваний, при которых отдаленный прогноз во многом зависит от того, насколько рано удастся поставить диагноз и начать активную фармакотерапию. Одна из причин неблагоприятного прогноза при ревматоидном артрите — длительный период времени между началом болезни и поступлением пациента под наблюдение ревматолога, который может, уточнив диагноз, назначить адекватную терапию.

Учитывая высокую частоту ревматоидного артрита (как и других заболеваний опорно-двигательного аппарата) в популяции, очевидно, что один из важных факторов, который может способствовать улучшению прогноза у пациентов с ревматоидным артритом, — активное выявление этого заболевания на поликлиническом этапе врачами общей практи-

ки. Группа авторитетных европейских и американских ревматологов разработала алгоритм, цель которого — создать условия для более активного выявления пациентов с «ранним» ревматоидным артритом на поликлиническом этапе. В качестве диагностического признака «раннего» ревматоидного артрита (а также показателя «активности» болезни) предлагается учитывать длительность утренней скованности (более 30 мин). Длительность «утренней скованности» более 60 минут (на протяжении 6 недель) является диагностическим критерием «достоверного» ревматоидного артрита, а при невоспалительных заболеваниях суставов она не должна превышать 30 мин. При осмотре пациентов следует оценить тест «сжатия» пястно-фаланговых и плюсне-фаланговых суставов, положительные результаты которого отражают наличие воспаления суставов. Следует принимать во внимание, что быстрое прогрессирование поражения суставов более вероятно при наличии высоких титров ревматоидного фактора, увеличении РОЭ и С-реактивного белка. Однако поскольку эти показатели на очень ранней стадии болезни часто находятся в пределах нормы, отрицательные результаты лабораторных тестов не исключают диагноз ревматоидного артрита, равно как и необходимость направления пациентов на консультацию к ревматологу.

Ранее считалось, что лечение ревматоидного артрита должно начинаться с «монотерапии» НПВП, а назначение «базисных» противоревматических препаратов следует резервировать за пациентами, «не отвечающими» на эти препараты. Это положение основывалось главным образом на представлении о том, что ревматоидный артрит — «доброкачественное» заболевание, а лечение НПВП более безопасно, чем «базисными» противоревматическими препаратами, токсичность которых превосходит «пользу» от их назначения. Однако в настоящее время убедительно доказано, что «монотерапия» НПВП ассоциируется с высокой частотой побочных эффектов (в первую очередь со стороны кишечника). Кроме того, НПВП обладают только симптоматическим действием, не влияя на прогрессирование болезни. Важно, что пациенты, длительно страдающие ревматоидным артритом, значительно хуже «отвечают» на «базисные» противоревматические препараты, чем пациенты, получавшие эту терапию начиная с ранней стадии болезни. Примечательно, что эффективное лечение метотрексатом (но не

## КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (оценка, выбор медицинских технологий управления качеством медицинской помощи)

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.  
Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевле — дешево, а дорогое — дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система — ответы на эти вопросы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития.

Книга адресована практическим врачам, главным врачам, начмедам, клиническим фармакологам, членам формулярных комиссий.



другими базисными препаратами) позволяет существенно снизить кардиоваскулярную летальность у пациентов ревматоидным артритом, которая является одной из основных причин уменьшения продолжительности жизни.

Материалы длительных проспективных клинических наблюдений, во многом базирующихся на опыте работы специализированных клиник «раннего» ревматоидного артрита, организованных в середине 90-х годов в ряде стран Западной Европы и США, свидетельствуют о том, что раннее активное лечение больных ревматоидным артритом замедляет прогрессирование поражения суставов, позволяет снизить риск ранней инвалидизации и улучшить отдаленный прогноз болезни.

**Вопросы докладчику:**

**Проф. В.А. Насонова:** Какое место занимают глюкокортикоиды в ревматологической практике сегодня?

**Ответ:** Внутрь в низких дозах (менее 10 мг/сут) короткими курсами, либо когда исчерпаны возможности базисной терапии. Применяется также внутрисуставное введение.

**Проф. В.Б. Яковлев:** Что должен назначить терапевт, если к нему обратился больной с артралгией?

**Ответ:** Алгоритм терапии: нестероидные противовоспалительные препараты 4—5 недель, если нет явных признаков септического артрита. Далее обязательно к ревматологу для уточнения диагноза, назначения базисной терапии. В случае ревматоидного артрита — сульфасалазин или метотрексат. Наиболее благоприятным соотношением эффективности/токсичности среди «стандартных» базисных противовоспалительных препаратов обладает метотрексат (а также новый противоревматический препарат — лефлюномид) что и определяет его центральное место в лечении ревматоидного артрита. Однако треть пациентов вынуждены прекращать прием этих препаратов в течение 2—2,5 лет из-за их недостаточной эффективности или развития побочных эффектов.

**Проф. Р.М. Заславская:** Как избежать побочных эффектов метотрексата?

**Ответ:** Обязательно терапию проводить под контролем анализов крови, уровня креатинина, трансаминаз. В 100% — исключить алкоголь, принимать 5 мг фолиевой кислоты 1 раз в неделю.

**Академик А.И. Воробьев:** Применяете ли вы плазмаферез?

**Ответ:** Да, но эффект его не столь яркий, как при системной красной волчанке. Не во всех случаях удалось показать снижение ревматоидного фактора.

**Обсуждение:**

**Проф. П.А. Воробьев:** Хочу подчеркнуть необходимость продолжить изучение роли плазмафереза в лечении ревматоидного артрита. Механизмы действия этой процедуры не ясны, возможно, играет роль эффект деплазмирования эритроцитов, а не только механическое удаление циркулирующих иммунных комплексов.

**Проф. В.А. Насонова:** В начале 21 века ревматоидный артрит стал болезнью № 1 в ревматологии. Во-первых, как модель изучения. Ревматоидный артрит — наиболее яркий прототип заболеваний, в основе развития которых лежит хроническое воспаление. С другой стороны, возможность излечения, особенно при раннем назначении базисной терапии. Хотелось бы, используя возможности газеты, привлечь внимание терапевтов к этой болезни.

**Академик А.И. Воробьев:** Ревматоидный артрит мы знаем давно. В 50-е годы в период тотальной туберкулезной интоксикации было много больных с ревматоидным артритом, особенно молодых. Мы знаем ревматизм Понсе, артрит при запущенном сифилисе. Если поврежден сустав, то в кровь идет поток аутоантигенов. В ответ идет наработка аутоантител. По какой линии пойдет дальше аутоиммунный процесс, мы предсказать не можем. Я думаю, что будущее за специфичной антителной терапией, обрывающей аутоиммунный процесс, такой, как анти-CD20, или, как мы сегодня слышали, инфликсимаб. Кроме того, как отметила В.А. Насонова, ревматическими болезнями болеют необеспеченные люди. Социальные болезни должны быть предметом анализа на наших заседаниях.

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 16.02.2005 Г.**

**Сопредседатели секции:**  
**акад. РАМН, ангиохирург А.В. Покровский,**  
**проф.-терапевт А.А. Кириченко,**  
**проф.-невролог В.А. Парфенов.**  
**Оппонент П.А. Воробьев**  
**Секретарь: к.м.н. Л.А. Положенкова**

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

Заседание открыл А.А. Кириченко. Поскольку терапевты причастны к обсуждаемой теме, сказал председатель, считаю целесообразным нам всем послушать окулиста. И.В. Пименов (Диабетический центр Департамента здравоохранения г. Москвы).

Диабетическая офтальмопатия является одной из насущных проблем офтальмопатологии, сказал докладчик. Сахарный диабет широко распространен во всем мире. Количество больных сахарным диабетом в России составляет 10—12 миллионов, в Москве — 200000—250000 человек с ежегодным увеличением на 5—7%. Сахарный диабет известен своими тяжелыми осложнениями, одним из которых является диабетическая офтальмопатия. Диабетическая ретинопатия составляет 90% от диабетической офтальмопатологии, занимая первое место среди причин слепоты. Далее в докладе показана связь между стадией сахарного диабета и диабетической ретинопатией, прогрессирование последней в зависимости от течения сахарного диабета и его лечения, выделены факторы риска диабетической ретинопатии (высокий уровень гликемии, его резкие колебания, длительность заболевания сахарным диабетом, его поздняя диагностика, повышение АД, нефропатия, гиперлипидемия, генетические факторы). Приведены классификации диабетической ретинопатии, обращено внимание врачей, что до сих пор нет единой. Подробно изложен патогенез диабетической ретинопатии, особенности клинического течения и осложнений (отслойка сетчатки, присоединение глаукомы, катаракты и др.). Далее докладчик остановился на диагностике диабетической ретинопатии, включая инструментальные методы (УЗИ органов зрения и т.д.) и схемах лечения диабетической ретинопатии, которые используют окулисты. Особое внимание обратил не только на местное лечение глаза, но и проведение общих мероприятий: компенсация сахарного диабета (адекватная инсули-



**Голосование на заседании МГНОТ**

тельность заболевания сахарным диабетом, его поздняя диагностика, повышение АД, нефропатия, гиперлипидемия, генетические факторы). Приведены классификации диабетической ретинопатии, обращено внимание врачей, что до сих пор нет единой. Подробно изложен патогенез диабетической ретинопатии, особенности клинического течения и осложнений (отслойка сетчатки, присоединение глаукомы, катаракты и др.). Далее докладчик остановился на диагностике диабетической ретинопатии, включая инструментальные методы (УЗИ органов зрения и т.д.) и схемах лечения диабетической ретинопатии, которые используют окулисты. Особое внимание обратил не только на местное лечение глаза, но и проведение общих мероприятий: компенсация сахарного диабета (адекватная инсули-

Ангиологическая секция 47 респондентов	
<b>Какие болезни могут скрываться за потерей зрения?</b>	
% респондентов	
86	Катаракта;
78	Глаукома;
4	Сладж-феномен;
90	Диабетическая ретинопатия;
8	Конъюнктивит;
50	Инсульт
<b>Какие препараты, на Ваш взгляд, эффективны в отношении ретинопатии?</b>	
% респондентов	
10	Гепарин;
36	Низкомолекулярные гепарины;
76	Антиагреганты;
6	Нестероидные противовоспалительные средства;
48	Ингибиторы АПФ;
48	Гиполипидемические препараты;
8	Иммуностимуляторы;
28	Алпростан

Продолжение на стр. 4

**ИнтерНьюс**

**Образование пожилых людей является весьма актуальной социально-геронтологической проблемой, возникновение которой в России связано как со значительным постарением населения, так и с повышением культурного уровня старшего поколения, считает доктор В.М. Васильчиков**

Практика образования пожилых людей существует уже более полувека в США, Германии, Словении, Нидерландах, где для этого создана целая инфраструктура. Народные школы, народные университеты, общественные организации, церковь и профсоюзы имеют специализированные программы для пожилых, оборудование, учебные пособия и специально подготовленные кадры. Основными системами знаний, в которых нуждаются пожилые люди и которые дают университеты, являются: правовые знания — наследование, дарение, завещание, имущественные отношения с родственниками, социальные права и льготы; медицинские знания — здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, первичная медицинская помощь, умение вести диалог с лечащим врачом, экономические знания — экономическая ситуация и политика формирования доходов населения, планирование бюджета пенсионера, организация приносящей доход деятельности пенсионера; экологические знания, правовые основы и принципы природоохранной деятельности, диагностика состояния среды жизнедеятельности, психологические знания — подготовка к выходу на пенсию, проблемы общения, построение взаимоотношений с родственниками, друзьями и бывшими коллегами; философские знания; гражданские знания; научно-популярные знания; практические знания и многое другое.

К сожалению, система университетов для пожилых развивается у нас в стране не так быстро, как это необходимо.

**Источник:**

*Клиническая геронтология, 2005, № 7.*

**Высокие уровни ферритина сыворотки, свидетельствующие об избыточных запасах железа в организме, могут быть фактором риска инсульта у женщин в постменопаузе.**

Д-р Дафи Ван дер А. и ее коллеги (Медицинский Центр Утрехтского Университета, Нидерланды) проанализировали данные популяционной когорты, куда входили женщины в постменопаузе, в возрасте 49—70 лет (n = 11471). Исходно (1993—97 гг.) определялись сывороточные уровни железа, ферритина и насыщение трансферрина. Вплоть до января 2000 г. регистрировалась частота сердечно-сосудистых событий. За все время наблюдения инсульт развился у 63 женщин. Эти пациентки были сравнены с рандомизированно отобранной группой контроля: 1134 женщинами без инсульта. Максимальный уровень ферритина сыворотки (3-я терциль) ассоциировался с повышением риска инсульта (преимущественно ишемического) — отношение рисков 1,45, по сравнению с 1-ой терцилью. Уровни железа сыворотки и насыщение трансферрина с риском инсульта корреляционно связаны не были. По мнению авторов, механизмы связи увеличения запасов железа и риска ишемического инсульта у женщин в постменопаузе требуют дальнейшего изучения.

**Источник:**

*Stroke 2005; early online publication.*

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**УТВЕРЖДЕНЫ**  
**Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации**  
**23 ноября 2004 г.**

**М.: Издательство «Ньюдиамед»; 2004—2005 г.**

**Составители: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Сиземова Л.И., Ходунова А.А., Новиков А.С., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В.**

В соответствии с п. 5.2.11. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898), ст. 38 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1 (Ведомости съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, 1993, № 52, ст. 5086; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 10, ст. 1143; 1999, № 51, ст. 6289; 2000, № 49, ст. 4740; 2003, № 2, ст. 167; № 9 ст. 805; №27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 27, ст. 2711) утверждены стандарты медицинской и санаторно-курортной помощи больным с различными заболеваниями.

Руководителям медицинских организаций рекомендовано использовать стандарты при оказании медицинской помощи. В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И. М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10 (международный классификатор болезней-10).

## ИнтерНьюс

**Американские неонатологи настаивают на том, чтобы грудное вскармливание проводилось всем недоношенным детям, родившимся с весом менее 1,5 кг как минимум первые 6 месяцев после рождения ребенка. Особый акцент они делают на детях, рожденных темнокожими матерями с низким уровнем доходов**

Однако грудное вскармливание, по данным The American Academy of Pediatrics, в течение первых шести месяцев жизни полезно не только недоношенным, но и родившимся в срок детям. Дети, которых кормят грудным молоком, значительно реже страдают от поноса, боли в ушах, респираторных инфекций. Мало того, ученые обнаружили, что у детей с грудным типом вскармливания мозг развивается более интенсивно, а по-взрослому, такие дети реже болеют бронхиальной астмой, сахарным диабетом и ожирением.

Именно поэтому неонатологи стимулируют свое правительство инициировать специальные программы, направленные на образование молодых мамаш. Акцент делается на то, что грудное молоко для недоношенных детей подобно лекарству, способному укрепить здоровье и даже сохранить жизнь. Медики поставили перед собой цель — к 2010 году добиться того, чтобы половина всех родивших женщин вскармливала своих детей грудью.

Сегодня около 70 процентов женщин кормят детей грудным молоком в первые несколько недель после их рождения, однако, к шести месяцам жизни на грудном вскармливании остаются уже около 33% детей, а темнокожих и того меньше — 22%.

Среди возможных проблем — плохо развитый сосательный рефлекс у недоношенных детей. Но специалисты уже нашли выход, специальный насос, который облегчает поступление грудного молока в организм ребенка.

По данным американских педиатров, в настоящее время около 97% недоношенных детей получают грудное молоко до улучшения их анатомо-физиологических параметров и выписки из роддома. Однако после выписки уже только 64% таких детей продолжают еще некоторое время получать грудное молоко один раз в сутки.

**Источник:**  
The Associated Press

**Гипертония белого халата удваивает риск стабильного повышения артериального давления в последующие 8 лет по сравнению с постоянно нормальными цифрами АД**

К такому выводу пришли д-р Такаши Угайи и его коллеги (Университет Тохоку, Япония), наблюдая за 128 лицами с гипертонией белого халата. У всех участников уровень обычного артериального давления не превышал 135/85 мм рт. ст., а артериальное давление, измеренное на приеме врача было выше 140/90 мм. рт. ст. В группу контроля вошли 649 человек со стабильно нормальным артериальным давлением, как домашним, так и офисным. За 8 лет наблюдения у 46,9% лиц с гипертонией белого халата и 22,2% лиц со стабильно нормальным артериальным давлением развилась гипертония, с повышением артериального давления и в обычных условиях. После поправки на различные вмешивающиеся факторы оказалось, что гипертония белого халата как минимум вдвое повышает риск развития артериальной гипертонии по сравнению со стабильной нормотонией: отношение шансов 2,86.

**Источник:**  
Arch. Intern. Med. 2005;  
165: 1541-6.

Начало на стр. 2 ➔

### Какие факторы, по Вашему мнению, влияют на прогрессирование диабетической ретинопатии?

% респондентов	
68	Отказ от курения;
52	Отказ от алкоголя;
6	Ношение очков;
92	Коррекция уровня глюкозы в крови,
88	Поддержание оптимального уровня артериального давления;
42	Уменьшение выраженности сердечной недостаточности;
58	Снижение веса тела.

ноterapia), выравнивание АД (подбор гипотензивных средств), коррекция дислипидемии (статины), препараты гепарина (особенно низкомолекулярные), антиоксиданты и т. д. Правильное лечение диабетической ретинопатии может сохранить зрение больным сахарным диабетом (на-пример, местно проведенная вазооагуляция сетчатки в 60—70% случаев сохраняет зрение больному на 10—15 лет). Акцентировал внимание на необходимости проведения профилактических мероприятий у таких больных, иначе диабетическая ретинопатия заканчивается трагически — наступает слепота. В этой связи следует решать и организационные вопросы. Эндокринолог вовремя должен направлять больных сахарным диабетом к окулисту (1 раз в год без диабетической ретинопатии, 1 раз в 6 мес при первой стадии сахарного диабета и т. д.), налаживать скрининг — осмотры окулистом больных сахарным диабетом, что снижает уровень слепоты на 1/3. Помнить о том, что стоимость лечения таких больных за год составляет 1750 долларов, а уход за слепым — 3190 долларов. В заключение докладчик отметил, что создание муниципальных диабетических центров, где базируется и его отделение, по-видимому, поможет исправить положение больных с диабетической ретинопатией, которое имеет место до сих пор в Москве.

#### Вопросы к докладчику:

**Вопрос:** «Как Вы относитесь к гепаринотерапии при тромбозе?»

*Многоуважаемый гл. редактор Вестника МТНОУП профессор Л.А. Воробьев.*

*Мы врачи 131 ВЛ п. Човосмолинский Нижегородской области, Володарского р-на, случайно получили вашу газету, прочли все, было очень и очень интересно и актуально.*

*Прочли задачу. Наш предварительный диагноз: вялотекущий септический эндокардит.*

*Обследование: кроме общего анализа крови, мочи и общезвестного биохимического обследования, необходимо взять кровь из вены на гемокультуру через каждые 2 часа и после выделения возбудителя определить чувствительность к антибиотикам.*

*Лечение, кроме антибиотика в достаточной дозировке:*

1. назначить антикоагулянт, антиагреганты.
2. статины и иммуномодулятор.
3. глюкокортикоиды.

*Час очень заинтересовал правильный ответ на вашу задачу. Так как газету мы не получаем, поэтому хотелось бы узнать ответ. Меня заинтересовала «Гериятрия в лекциях» под редакцией Л.А. Воробьева. Прислать ее можно? Что надо сделать, чтобы получить ваш профессиональный журнал?»*

*Синюгина Галина Фиколаевна  
зав. лабораторией.*

Дорогая Галина Николаевна! Не скрою, ваш ответ — единственный, и уже потому — правильный. Задавая задачу, я и сам не знал на нее ответа, так как был описан реальный больной, пришедший на первичный прием: все, что я знал, я изложил на бумаге. Мой ответ пациенту был «Возможная подагра», так как симптоматика уж очень была патогномоничной. И хотя уровень мочевой кислоты был определен как нормальный, все-таки были сомнения именно в правильности лабораторного исследования. Впрочем, первым советом было исключение туберкулеза с помощью комплекса исследований антигел, антигенов и ПЦР. Но скорее оказались более правы Вы, предположив инфекционный про-

**Ответ:** «Только положительно, кстати, включая герулинотерапию, однако только при соответствующих показаниях».

**Вопрос:** «Как Вы относитесь к препаратам тиклопедин и дицинон?»

**Ответ:** «Отрицательно, т. к. первый снижает тромбоциты и дает геморрагии, а второй — усугубляет нарушение микроциркуляции сетчатки у больных с диабетической ретинопатией».

**Выступление (вопрос) проф. В. А. Парфенова:** «Смертность от инсульта высока, составляя 30% при развитии осложненной сердечно-сосудистой патологии, что нередко обусловлено их поздней диагностикой. В этой связи возникает вопрос: если пациент с сахарным диабетом обращается к окулисту с жалобами на ухудшение зрения и он, не выявив патологии, отправляет его вновь к эндокринологу?»

**Ответ:** «Нет, офтальмолог может направить больного к неврологу, ангиологу с рекомендацией исключить стеноз внутренней сонной артерии или другую патологию».

**Комментарий проф. П.А. Воробьева.**

Обратил внимание врачей на то, что окулисты почему-то не хотят сотрудничать с терапевтами, с большим трудом согласились выступить на заседании общества терапевтов. Однако такой подход к лечению больных диабетической ретинопатией неправильный. Это тяжелое осложнение сахарного диабета, которое может закончиться трагически и одним окулисту проблемы не решить. Создание бесплатного диабетического центра в Москве, объединит усилия врачей многих специальностей, они «услышат друг друга», что будет на пользу больным сахарным диабетом и диабетической ретинопатией.

#### Заключение.

Таким образом, заключил А.А. Кириченко, сосудистая патология является междисциплинарной сферой и любая обсуждаемая проблема, в данном случае диабетической ретинопатии, с нескольких позиций — окулиста, терапевта, невролога и др., будет способствовать предупреждению грозных осложнений сахарного диабета. Кроме того, динамику изменений глазного дна, которую видит окулист, мы, терапевты (кардиологи), можем использовать для контроля действия препаратов, влияющих на агрегацию, например, у больных с острым тромбозом коронарных артерий.

## ПИСЬМА

цесс — у больного оказался абсцесс легкого, который вскрылся и был обнаружен на рентгенограмме (к сожалению, снимков нам не показали). Такие противоречивые ходы встречаются часто в процессе диагностического поиска, когда приходится задумываться о возможной причине длительной рецидивирующей лихорадки. Без сомнения — это одна из сложнейших задач медицины.

Конечно, несколько удивляет в вашем ответе появление статинов и иммуномодуляторов. Диагноза нет, да даже если бы он и был, то при чем здесь статины? А иммуномодуляторы — они что, помогли кому-нибудь? Это чисто отечественное изобретение, не базирующееся на доказательной базе. И, наконец, стероиды. Если их назначить, то с диагнозом можно распрощаться. Никогда, ни в каком случае нельзя назначать стероиды без четкого, обычно — морфологически подтвержденного, диагноза. За лихорадкой стоят опухоли, гемобласты, системная красная волчанка и другие коллагенозы, туберкулез, сепсис и т. д. Кому-то преднизолон поможет (волчанка), у кого-то вызовет ухудшение (туберкулез), для кого-то такой эксперимент — даже при первичном улучшении состояния окажется смертельным (лимфогранулематоз, другие опухоли).

Все остальные вопросы нашли уже разрешение в письме, отправленном автору в Нижегородскую губернию.

*П.А. Воробьев*

**P.S.** Во время верстки газеты в редакцию пришло еще одно письмо от Г. Н. Синюгиной.

*Глубокоуважаемый профессор Л.А. Воробьев!*

*Мы, сотрудники 131 ВЛ п. Човосмолинский очень благодарны Вам за те номера Вашей великолепной газеты, а также «Клинической геронтологии». Мы читаем ее с огромным интересом и пользой для наших пациентов. Спасибо, что Вы включили нас в базу данных и мы будем получать газету тоже.*

*Литературу, интересующую нас, мы тоже заказали. Благодарим Вас за все, что сделали для врачей нашей поликлиники.*

*25.08.05 Г.Н. Синюгина*



## СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2005 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Справочник Формулярного комитета включает только жизненно необходимые лекарственные средства, которые на протяжении многих лет отбирались Формулярным комитетом для Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Справочник содержит сведения о 416 лекарственных средствах.

Формулярные статьи прошли тщательную экспертизу и содержат стандартизированные по форме и содержанию сведения о применении лекарственного средства, включая правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала. Справочник обеспечивает практикующих врачей адекватными и достоверными данными по применению наиболее эффективных лекарственных средств. Справочник может быть использован для составления формуляра территории или медицинской организации. Информация по применению лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании!

Докторскую я защищал по лучевой болезни, потому что мы эту форму описали. Из Института биофизики прислали мне письмо накануне защиты о том, что это не может считаться достоверным, потому что такого больше никто не наблюдал, а если это и так, и верно для аварии в 1961 году, то все равно это никогда не может повториться. И поэтому материал надо считать недоказуемым. Поставили они мне в этом письме 10 вопросов, на которые я должен был ответить. Я защищал диссертацию в январе 1968 года, несмотря на то, что мне было заранее сказано, что она никак не может пройти. Была уничтожена монография четырех авторов, под редакцией начальника Академии (П.П. Гончаров такой был, большой патофизиолог), так ее и сейчас не удается восстановить. Очень огорчительно, потому что она вовремя очень появилась. А диссертацию я защищал, несмотря на то, что отзыв такой был от головного учреждения. Я ответил на поставленные вопросы, как мне казалось. Мне положительный отзыв дал военный институт. Все проголосовали «За». И тем не менее я был совершенно уверен, что утверждение диплома в ВАКе состояться не может. Но в мае 1968 года эта ситуация, которая не могла повториться, — повторилась. На второй лодке произошло совершенно то же самое. Но тогда мы уже все знали заранее, что и как будет развиваться. И вот уж никто не смог спорить, поэтому диссертацию утвердили.

Это то, с чем столкнулись до Чернобыля. В Чернобыль меня тоже привлекли, это когда я уже был в Москве. Когда были разные точки зрения по поводу Чернобыля, то поняли все, когда к концу 2-го месяца еще умирали больные. Хотя от острой лучевой болезни, когда облучение идет за счет гамма-поток, больные умирают в течение первых 2–3-х недель, а потом уже только отдаленные последствия могут привести к смерти. А в Чернобыле облучение было тоже отягощено за счет бета-частиц, как на лодке. Теперь-то уже написана монография на эту тему.

— Евгений Евгеньевич, расскажите, что за монография у Вас вышла на немецком языке по лечению лучевой болезни.

— На немецком языке вышла монография по лучевой болезни, совместная с Андреем Ивановичем. Но фактически она имела тогда несчастное развитие. Они перевели ее на немецкий язык, прислали авторский экземпляр, но мы не подписали с ними договор, потому что они потребовали, чтобы мы не публиковали эти материалы в течение, по-моему 15 лет, на русском языке. У нас книга опубликована не была, и подписать такое мы не могли, и поэтому ограничились какой-то узкой рассылкой на немецком языке, а в продажу книга не поступила.

— Евгений Евгеньевич, что послужило причиной переезда в Москву? Чин генерала Вы получили еще в Питере?

— Нет, в Питере я был заместителем начальника кафедры, полковником в морской форме. В Москву переехать в 1975 году пришлось, я человек военный. А в госпитале сказали, мы здесь не занимаемся наукой, нам профессора не нужны, это врачей отвлечет от практической деятельности. И поэтому в первый год я не сразу попал в хорошую ситуацию. Меня перевели главным терапевтом Главного госпиталя. Ф.И. Комаров считал нужным организовать здесь кафедру усовершенствования для врачей, которой здесь не было с 20-х годов. Это потом и воплотилось. Я был назначен заместителем начальника кафедры. Я получил здесь генеральский мундир. Я очень удивил всех в этом мундире. Начальник госпиталя меня спрашивает: «Ну, как же отреагировали Ваши дети на то, что Вы пришли в генеральском?» Он думал, что дети пришли в восторг. Нет, они привыкли, что я в морской форме, дочка, так разревелась просто. Для нее, когда я

## Страна должна знать своих героев

Продолжение (начало в № 12)



Е.Е. Гогин

Это совершенное искажение событий, потому что народ весь поднялся. Конечно, далеко не только те, кто остался в живых, должны получать почести. И, тем не менее, нас это радует, потому что мы ощущаем необходимость и сейчас бороться за эту самую Победу, ее оценку.

У меня нет сомнений, что и американцы очень большой вклад сделали. И очень большой вклад внес, конечно, Черчилль, который был одинаковым противником и фашизма и коммунизма, но очень хорошо сориентировался, каким образом сможет устоять здоровый мир в этой ситуации. Поэтому их вклад нужно, конечно, высоко ценить, и я совершенно уверен, что разговор о том, что поздно открыли второй фронт, он абсолютно не правомочен. Потому что, когда его открыли, еще чуть-чуть бы — и немцы сбросили бы их с континента. Тогда Черчилль караул закричал, чтоб мы начали наступление, еще не подготовившись к нему. И только удар, для нас очень преждевременный, и поэтому дорого нам обошедшийся, вынудил немцев опять обратиться на восток. Второй фронт устоял.

— Как вас — мальчишек — в Академии удерживали от побега на фронт?

— От нас многие и отчислялись. Во-первых, вот тот курс, который я кончал, там примерно половину составляли люди, которые поступили раньше, в 40-м году. Они были на 1-м курсе, попали в блокаду, они участвовали в обороне, а потом уходили по Ладоге, причем было очень много погибших. Тех, кто тогда ушел, бросили под Сталинград. После того, как перелом наступил, их отзывали из частей и застави-

Продолжение на стр. 6

### ЛИЧНОСТЬ

был в морской форме, это было то, что надо, а тут вдруг в «зеленой».

— А сейчас в день Победы Вы им понравились?

— Я должен сказать, что к этому празднику к нам проявили удивительное внимание и всякие знаки доброго отношения. Я бы сказал, что вклад каждого по отдельности не мог быть столь значительным, это была общенародная война. Те, кто самый большой вклад сделали, их просто тогда же и не стало. Они жизнью заплатили, за то, что сделали. Вот это я знаю совершенно четко. Тем не менее, мне показалось, что особенно в этом году такое повышенное внимание было оправдано, потому что сейчас очень настойчиво стараются пересмотреть как-то итоги этой Победы. Ее как-то девальвируют. Все пытаются сказать, что победа была одержана потому, что был достопамятный приказ во время битвы за Сталинград — «Ни шагу назад», и когда были поставлены заградотряды.

Ничего подобного. Когда Брест защищался, то самоотверженность была уже с первых же шагов, достаточно почитать книги об этом, чтоб убедиться, как стояли в этот период, хотя положение было совершенно безнадежным. Было ясно, что все это будет оплачиваться только ценою жизни. Когда под Москвой стояли на Волоколамском шоссе, никакого приказа «Ни шагу назад» не было, — они стояли потому, что Москва была за спиной. И Ленинград оборонялся отчаянно и в 41 и в 42-м, это до приказа, и Одесса.

## ИнтерНьюс

**Гипертония, курение, злоупотребление алкоголем — эти основные причины риска внутримозгового кровоизлияния у молодых можно предотвратить**

В рамках проекта Hemorrhagic Stroke Project д-р Edward Feldmann и его коллеги (Школа Медицины Браун, Провиденс, Род-Айленд) проанализировали данные 217 пациентов 44 клиник с впервые развившимся внутримозговым кровоизлиянием, включенных в исследование в первые 30 дней. Возраст участников составил от 18 до 49 лет. В группу контроля вошли 419 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту, полу, этнической принадлежности. По данным опроса, артериальная гипертония была ведущим фактором риска внутримозгового кровоизлияния: артериальная гипертония диагностировалась у 56% пациентов с инсультом и лишь у 21% лиц из группы контроля. Артериальная гипертония ассоциировалась с отношением шансов внутримозгового кровоизлияния 5,71. Другими независимыми факторами риска были сахарный диабет (отношение шансов 2,40), курение (отношение шансов 1,58), потребление двух и более стандартных доз алкоголя в день (отношение шансов 2,23). Кроме того, была отмечена связь внутримозгового кровоизлияния с менопаузой (отношение шансов 2,50), потреблением 5 и более кофеинсодержащих напитков, например, кока-колы) в день (отношение шансов 1,73), приемом кофеинсодержащих препаратов (отношение шансов 3,55). По мнению авторов, следует активно выявлять и контролировать такие ведущие факторы риска внутримозгового кровоизлияния в молодом и среднем возрасте, как артериальная гипертония, курение и злоупотребление алкоголем.

**Источник:**  
Stroke 2005;  
early online publication.

**Отдаленными последствиями бактериального гастроэнтерита могут быть артериальная гипертония и поражение почек.**

Ученые исследовали последствия вспышки острого гастроэнтерита в городе Walkerton (Онтарио, Канада) из-за попадания в питьевую воду Escherichia coli 0157:H7 и Campylobacter. Заболело более 2300 жителей, в том числе с 27 случаями гемолитико-уремического синдрома и 6 летальными исходами. Среди 1958 наблюдавшихся взрослых без предшествующей гипертонии или заболеваний почек 675 оставались здоровыми во время вспышки, 909 имели умеренные симптомы, не потребовавшего медикаментозного лечения гастроэнтерита, и 374 перенесли тяжелый, потребовавший дополнительной медикаментозной терапии гастроэнтерит.

Через 3,7 лет после вспышки у 27% бессимптомных участников была диагностирована артериальная гипертония, по сравнению с 32,2% и 35,9% в группах умеренно тяжелого и тяжелого течения гастроэнтерита (p = 0,009). Стандартизованный относительный риск артериальной гипертонии при тяжелом гастроэнтерите достигал 1,28 по сравнению с отсутствием клиники гастроэнтерита. Аналогичная связь прослеживалась и для нарушения функции почек (скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/кв. м), хотя гастроэнтерит и не приводил к альбуминурии.

По мнению авторов, острый бактериальный гастроэнтерит, требующий медикаментозного лечения, может быть независимым фактором риска развивающейся впоследствии артериальной гипертонии и нарушения функции почек, поэтому особенно важно следить за чистотой питьевой воды.

**Источник:**  
CMAJ 2005; 173: 261-8.

### Как стать членом общества? — Просто приходите на заседание.

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.  
Газета членам общества высылается бесплатно

## ИнтерНьюс

**Отрицательные результаты тропонин-теста не гарантируют хорошего исхода у пациентов, экстренно госпитализируемых с синдромом боли в грудной клетке**

К такому выводу пришли д-р Дж. Санчис и его коллеги (Клиника Университета Валенсии, Испания), проанализировав данные 609 экстренно госпитализированных пациентов с синдромом боли в грудной клетке и нормальными уровнями тропонина. У 283 больных с низким риском был дополнительно проведен стресс-тест с физической нагрузкой в первые 24 ч. В целом за 6 месяцев наблюдения было зарегистрировано 24 инфаркта миокарда и сердечных смерти. Ни у кого из больных с отрицательным результатом стресс-теста с физической нагрузкой (n = 161) не были зарегистрированы эти конечные точки, в отличие от 6,9 % остальных участников. Показатели шкалы боли в грудной клетке более 11 ассоциировались с увеличением риска неблагоприятного исхода в 2,4 раза, сопутствующий диабет — с повышением риска в 2,3 раза, предшествующая операция на коронарных артериях — в 3,1 раза и депрессия сегмента ST — в 2,8 раза. При наличии не более одного фактора риска или их отсутствии частота регистрации конечных точек достигала 2,7%, двух факторов риска — 10,2%, трех-четырех — 29,2%.

Таким образом, даже при отрицательном результате тропонин-теста частота основных кардиальных событий достигала 4,8%. Для более эффективной стратификации больных по степени риска важен анализ клинических данных и ранний стресс-тест с физической нагрузкой.

**Источник:**  
*Heart 2005; 91: 1-13-8.*

**Эректильная дисфункция может быть маркером риска будущего инсульта и заболеваний сердца; сила этой связи зависит от выраженности эректильной дисфункции**

Д-р Антон Ронхольцер и его коллеги (Институт Урологической Онкологии имени Людвиг Больцмана, Вена, Австрия) решили проверить гипотезу о связи эректильной дисфункции как признака генерализованного поражения сосудов и риска инсульта и ИБС. Для этого авторы опросили около 5000 мужчин — жителей Вены с помощью вопросника IIEF5 (International Index of Erectile Function-5). Все опрошенные также проходили тщательное медицинское обследование. Десятилетний риск инсульта и ИБС рассчитывался по Фрамингемской шкале риска. Оказалось, что мужчины с умеренно выраженной или тяжелой эректильной дисфункцией имеют 10-летний риск инсульта на 43% выше, чем лица без таковой: 13,3% против 9,3% соответственно. Степень увеличения риска зависела от возраста: так, для мужчин 55-59 лет она составляла 38,6%, 60-64 лет — 24,7%, 65-69 лет — 35,9% и для мужчин 70 лет и старше — 43,6%. Аналогичная тенденция наблюдалась и для риска ИБС. Десятилетний риск ИБС, в зависимости от наличия эректильной дисфункции или ее отсутствия, достигал 13,2% и 8,0% соответственно. Слабо выраженная эректильная дисфункция достоверно не повышала 10-летний риск инсульта или ИБС. По мнению авторов, все лица с эректильной дисфункцией нуждаются в тщательном медицинском обследовании, в том числе кардиологическом, коррекции факторов риска и нормализации образа жизни.

**Источник:**  
*Eur. J. Urol. 2005;*  
*early online edition.*

Начало на стр. 5 ➔

ли продолжать дальше учиться, потом так и назывался — сталинградский курс. Часть из них уже была офицерами, некоторые младшими командирами. Это, между прочим тоже забывать нельзя, потому что тоже самое вспоминает В.А. Насонова, о том, что ее отозвали из стройбата, где рыли окопы, всех, кто кончил 10-й класс, отозвали и посадили учиться.

Думали не только о сегодняшнем дне, но и о завтрашнем, думали о том, что будет дальше. Это то, что сейчас разучились делать. Это была политика, и она достаточно твердо выполнялась: Москва оборонялась из последних сил, но уже подготавливался контрудар. Правда, там было главное, что смогли перевести с Дальнего Востока войска, потому что стало ясно, что Япония в войну не вступает в этот момент. И то же самое было под Сталинградом. Отчаянно сопротивлялся сам город, прижаты были они к Волге, а свежие силы концентрировались севернее и южнее. И в какой-то прекрасный момент они прорвали фланговые немецко-итальянские части. Так что нельзя сказать, что руководства стратегического не было или что оно было плохим. Оно было никудышным накануне войны. Это да, потому что избежание своего собственного офицерского состава было. Немцы знали об этом и были уверены, что все будет легко и просто. Армия казалась ни на что не способной. Мне очень радостно было видеть на параде, как прошла прекрасная армия,

чем привычки у тех, кто составил сейчас категорию новых русских.

— **То есть Вы придерживаетесь позиции, как мамы детям говорят: «Кушай, деточка, шоколадку и апельсинчик, а мама не любит».**

— Да, но так всегда и было. И мы всегда знали, что если что-то вкусное появлялось в доме, то меньше всех ела мама. Поэтому все совершенно правильно. Распределение должно быть именно таким. Главное внимание должно уделяться, конечно, детям и молодежи, то что происходит сейчас, это действительно катастрофа демографическая.

— **Это какое-то особое поколение, которое все время думает о других?**

— Не совсем так, вот предыдущее поколение было именно таким. У меня сохранились фотографии бабки моей, той, которая стала хирургом. Это выпуск гимназисток в конце тепер позпрошлого века, на обороте они друг другу подписывали пожелания и там интересный текст, который они в качестве пожелания писали: «Где трудно дышится, где горе слышится, будь первым там». Вот это было написано подругой той девочке, которой этот экземпляр достался. Они писали абсолютно искренне, они только кончали школу. Вот о чем думали 16-тилетние девчонки того времени.

— **Евгений Евгеньевич, как Вы относитесь к коммерциализации здравоохранения? К монетизации льгот?**

— Я думаю, что все это нужно рассматривать все-таки с общих позиций. Я хорошо знаю из вашей газеты точку зре-

## Внимание, конкурс.

«Тезис...о почетной бедности стал мишенью для насмешек. Почетно только богатство. Шапки долой перед золотом! Деньги, дворцы, особняки, земля, собственность — вот вечные ценности, заслуживающие поклонения.»

Автор, произведение?

Назвавшему — приз 1000 рублей. Приз вручается на Пленарном заседании МГНОТ. При ответе обязательно пишите свои координаты: имя, отчество, фамилия, почтовый адрес с кодом и телефон, место работы и должность. В отличие от предыдущих конкурсов в ответе на вопрос могут принять участие все желающие.

Вы знаете, так хорошо прошел этот парад, что просто душа радовалась.

— **Это имеет значение? Не лучше б эти истраченные на парад деньги старикам раздали?**

— Нет, нет, нет, я говорю, что сейчас опять надо бороться за Победу.

— **А не обидно ветеранам? Кто-то живет в страшной нужде и вдруг вот такая почесть сиюминутная, а потом опять назад в нищету и нужду, к лекарствам, которых нет?**

— Вот тут моя точка зрения существенно расходится с Вашей. Я тоже думал, как Вы: в прошлом году они еще шли строем, в этом году их уже пожалели и поэтому посадили на машины. Я тоже думал, что это совсем не нужно. Некоторые отказались на этих машинах ехать и я отказался шить себе былую форму. Но когда я увидел, как все это организовано, когда я увидел реакцию со стороны всех присутствующих и гостей со всего мира... Ведь сейчас представляют, как Гитлер, что нет армии, потому что черт знает, как идут дела в стране. Я думаю, что несмотря на все заслуги, которые пережившие войну имеют, весь остальной народ, их отцы и матери сделали ничуть не меньший вклад, чем сами участники. Я чисто по-врачебному скажу, не должно быть какой-то особой привилегированности, какой бы ни было категории. Если уж говорить о том, кому оказывать помощь, а кому не оказывать, то в первую очередь нужно оказывать женщинам, которые имеют детей, детям. То, что творится с детьми, это же кошмар. Это важнее, чем оказывать особые привилегии. Между прочим, никто так не приучен к перенесению тягот и ограничен в своих потребностях, как те, кто участвовали в войне.

— **Они-то приучены, но они за свою жизнь ничего не видели, хотя бы сейчас в последние годы хоть что-то попробовать.**

— А им этого не надо. Вот я Вам скажу, у меня привычки и потребности остались соразмерные тому, как они были в период становления и остались такими же, когда я был благополучен, генералом. Они существенно меньше,

ния Павла Андреевича, но я с ней спорить не возьмусь. Потому что когда он пишет о том, что это организовано из рук вон плохо, что это больше декларация, чем реальная помощь, что это должно быть нормально организовано — он прав.

Не должна быть абсолютизирована более эффективная обеспеченность медицинской помощью в США. В США я имел контакты и с интересом обнаружил, что то, что от их имени идет сюда, — это не имеет никакого отношения к их размышлениям и действиям. Пустяковый вопрос: я встретился с в Кливленде с руководителем программы по гипертонической болезни. Великолепный совершенно центр, огромный центр, где без конца и без края арабов, они приезжают туда лечиться. Там хорошая библиотека, и прежде чем пойти на встречу, я зашел в библиотеку и вижу, что повсюду написаны факторы риска эссенциальной гипертонии. Бросилось в глаза: первое — курение. Я под этим впечатлением говорю профессору: «Вы знаете, я хочу у Вас спросить — как можно писать, что курение — главный фактор риска артериальной гипертонии? Вы меня сюда пригласили, в Атланту, для доклада о вреде курения, только потому, что у вас наблюдений, за тем, что происходит с курящими, очень мало, а у нас много? Я докладывал, что, конечно, это очень большая вредность, но это ведь не имеет никакого отношения к развитию гипертонической болезни.» Он очень по-хорошему улыбнулся: «Конечно, коллега, конечно, курение не имеет никакого отношения к возникновению артериальной гипертонии». «А что ж Вы пишете?» «Потому что к нам приходят кто? — лечиться от артериальной гипертонии, уже имеющие гипертонию. Для них самое страшное, если они к этому прибавят еще и курение... Кроме того, это то, что с пользой для них можно сделать, точно будет только польза. Даже для окружающих полезно. А от чего Вы еще можете их уберечь, вот так же с несомненной пользой?» Несомненно, мы с ним разговаривали на одном языке.

Окончание в следующем номере.



## ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

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

**Бестселлер учебно-методической литературы!**

В краткой, но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов общеклинических и биохимических исследований крови, мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей, ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.

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

<b>ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ 2005 г.</b>	
<b>Пленарные заседания:</b> Анатомический корпус ММА им. И. М. Сеченова, Моховая, 11	
<b>Дата, автор</b>	<b>Тема, аннотация</b>
<b>23 ноября 2005 года, среда в 17.30</b> Академик РАМН А.П. Голиков, д.м.н. В.А. Рябинин (НИИ скорой помощи им. Н.Б. Склифосовского, Департамент здравоохранения г. Москвы)	<b>Лечение и профилактика неотложных состояний при сердечно-сосудистых заболеваниях.</b> В докладе будут отражены вопросы оказания экстренной помощи больным при сердечно-сосудистых заболеваниях (ГБ, ИБС, ИМ, нестабильной стенокардии, ОКС, острой сердечной недостаточности) на уровне института, города, России в сопоставлении с данными ведущих международных кардиологических центров. Намечены возможные пути улучшения оказания экстренной медицинской помощи указанным группам больных. 40 мин.
<b>14 декабря 2005 года, среда в 17.00</b>	<b>Заседание Правления и Ревизионная комиссия</b>
<b>14 декабря 2005 года, среда в 17.30</b> Академик РАН и РАМН Е.И. Чазов. (Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздравсоцразвития России)	<b>Проблемы борьбы с артериальной гипертонией.</b> Проблема борьбы с артериальной гипертонией (АГ) переросла узко медицинские рамки, учитывая значимость этой болезни в общей структуре заболеваемости, инвалидности и смертности в нашей стране. Суть в том, что АГ является основным фактором риска развития атеросклероза, инфаркта миокарда и инсульта. Исходя из значимости борьбы с АГ, с 2002 года в стране функционирует государственная программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии». В ней предусмотрена, прежде всего, информированность населения и широких врачебных кругов о возможностях диагностики и лечения этого распространенного заболевания. По данным выборочных исследований в стране насчитывается более 41 млн больных АГ, тогда как на учете в органах здравоохранения находится всего лишь 8 млн человек, причем эффективно лечится лишь от 6 до 15% больных. В то же время медицина располагает большим арсеналом медикаментозных средств семи классов с различными механизмами действия, позволяющими успешно контролировать уровень АД. В первичном звене здравоохранения по выборочным исследованиям лишь 40% врачей используют современные эффективные схемы лечения. Задача состоит, с одной стороны, в создании условий для информированности широких слоев населения о необходимости контроля АД, с другой — в повышении знаний врачей о возможностях современных методов лечения. 40 мин.
<b>28 декабря 2005 года, среда в 17.00</b>	<b>Заседание Правления и Ревизионная комиссия</b>
<b>28 декабря 2005 года, среда в 17.30</b> Проф. А.Л. Раков, доцент О.В. Фесенко (Кафедра терапии ГИУВ МО РФ, ГВКГ им. Н.И. Бурденко)	<b>«БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ»</b> <b>Изменились ли наши представления о патогенезе и клинической картине тяжелой пневмонии со времен С. П. Боткина?</b> В докладе пойдет речь об использовании некоторых принципов, постулированных С.П. Боткиным, применительно к современным методам диагностики и лечения пневмоний тяжелого течения. 40 мин.
<b>Секционные заседания</b>	
<b>Секция лечебного питания:</b> В клинике лечебного питания Института питания РАМН, Каширское шоссе, 21	
<b>8 ноября 2005 года, вторник в 16.00</b> К.м.н. С.А. Дербенева	<b>Применение энтерального питания в диетотерапии сердечно-сосудистых заболеваний</b>
<b>13 декабря 2005 года, вторник в 16.00</b> Самира Эшгениа	<b>Применение антиоксидантов при гипертонической болезни</b>
<b>Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы:</b> В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО, ГКБ им. С. П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»	
<b>15 ноября 2005 года, вторник в 17.00</b> И.А. Кудашева, проф. Г.Г. Иванов	<b>Метод дисперсионного картирования ЭКГ-сигнала в диагностике поражения миокарда</b>
<b>20 декабря 2005 года, вторник в 17.00</b> И.Г. Байрак, проф. Г.Г. Иванов	<b>Структура сердечного ритма при использовании анализа R-R и P-P интервалов</b>
<b>Секция клинической геронтологии и гериатрии:</b> В конференц-зале МГКБ № 60, шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж	
<b>17 ноября 2005 года, четверг в 15.00</b> Д.м.н. Б.К. Романов	<b>Сравнительная характеристика эффективности ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов у больных пожилого возраста</b>
<b>15 декабря 2005 года, четверг в 15.00</b> Д.б.н. Т.П. Рябых, к.б.н. Т.В. Осипова	<b>Диагностические биотипы на основе онкомаркеров</b>
<b>Городская научно-практическая конференция совместно с секцией неотложной терапии — ПРОБЛЕМЫ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ:</b> В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.	
<b>22 ноября 2005 года, вторник в 12.00</b>	<b>«Острый коронарный синдром. Чрескожные коронарные вмешательства при острых проявлениях ИБС»</b>
<b>Секция нефрологии и иммунопатологии:</b> В аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
<b>15 декабря 2005 года, четверг в 16.30</b>	<b>«ДЕКАБРЬСКИЕ ЧТЕНИЯ В КЛИНИКЕ им. Е.М. ТАРЕЕВА»</b> <b>«Актуальные вопросы кардиологии» посвящается памяти профессора Александра Васильевича Сумарокова</b>
<b>Секция ревматологии:</b> В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34	
<b>1 ноября 2005 года, вторник в 16.00</b> 1. К.м.н. А.Г. Бочкова, О.А. Румянцева, д.м.н. Н.В. Бунчук 2. Проф. В.В. Бадокин	<b>Коксит при анкилозирующем спондилоартрите</b> <b>Новые аспекты иммуносупрессивной терапии псоритического артрита</b>
<b>6 декабря 2005 года, вторник в 16.00</b> 1. С.И. Хузмиева, к.м.н. Н.М. Кошелева, проф. З.С. Алекберова 2. Д.м.н. Р.Т. Алекперов	<b>Системная красная волчанка: течение и исходы беременности</b> <b>Синдром Рейно в практике ревматологов</b>
<b>Секция гематологии и переливания крови:</b> в большом конференц-зале Гематологического научного центра, Новозыковский проезд, 4-а, главный корпус, 5 этаж	
<b>29 ноября 2005 года, вторник в 17.00</b>	Справки по тел. 212-09-23.
<b>27 декабря 2005 года, вторник в 17.00</b>	Справки по тел. 212-09-23.
В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.	

Правление МГНОТ

## ИнтерНьюс

**Оценка агрегации тромбоцитов перед чрескожным коронарным вмешательством помогает выявлять больных с повышенным риском рестеноза, сообщают японские ученые**

Д-р Шинзо Миямото и его коллеги (Университет Кумамото, Япония) выполнили проспективное когортное исследование, охватившее 196 пациентов с ИБС. У каждого участника утром натощак, перед элективным или ургентным чрескожным коронарным вмешательством забирался образец крови для оценки агрегации тромбоцитов. У лиц с острым коронарным синдромом кровь забиралась до внутривенного введения гепарина. Семь участников стали недоступны для наблюдения, поэтому в итоге число пациентов составило 189. Среди них у 41% была проведена только баллонная ангиопластика, а у остальных — еще и стентирование. Частота рестеноза для обеих групп была одинаковой: 30,2% и 35,4%, соответственно. Осложнения чаще развивались у диабетиков и лиц с острым коронарным синдромом, а не с нестабильной стенокардией. Оказалось, что выраженность агрегации тромбоцитов была достоверно выше у больных с последующим рестенозом, чем у участников без рестеноза: 3,5 против 1,5 × 10<sup>4</sup> V. По данным множественного регрессионного анализа, агрегация тромбоцитов была независимо связана с риском рестеноза после чрескожного коронарного вмешательства. Такие пациенты нуждаются в более агрессивной антитромбоцитарной терапии, уверены исследователи.

**Источник:**  
Am. J. Cardiol. 2005;  
96: 71-73.

**Повышение тренированности — метод профилактики метаболического синдрома**

Д-р Мишель Ламонте и его коллеги (Институт Купера, Даллас, Техас) изучали, как уровень тренированности влиял на риск развития метаболического синдрома у 9007 мужчин и 1491 женщины (средний возраст 44 года), участников 20-летнего эпидемиологического исследования Aerobic Canter Longitudinal Study. Уровень физической активности оценивался по максимальной продолжительности тредмил-теста. Метаболический синдром диагностировался при наличии 3 и более следующих признаков: абдоминальное ожирение (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин); гипертриглицеридемия (1,69 ммоль/л и выше); низкие уровни холестерина липопротеинов высокой плотности (<1,04 ммоль/л у мужчин и <1,3 ммоль/л у женщин); повышение артериального давления (130/85 мм рт. ст. и выше); гипергликемия натощак (6,1 ммоль/л и выше).

За среднее время наблюдения 5,7 года метаболический синдром развился у 1346 мужчин и 56 женщин. После поправки на вмешивающиеся факторы риск метаболического синдрома оказался ниже у исходно более тренированных мужчин и женщин. По сравнению с самыми детренированными участниками (1-я терциль), риск развития метаболического синдрома был на 20—26% ниже во 2-ой терцили и на 53—63% ниже в 3-й терцили.

По мнению авторов, умеренный и высокий уровень тренированности оказывает значительное протективное действие в отношении развития метаболического синдрома — как у мужчин, так и у женщин, но полученные данные следует подтвердить в контролируемых клинических испытаниях.

**Источник:**  
Circulation 2005; ASAP.

## ИнтерНьюс

**Даже короткие вопросники позволяют определить приверженность пациентов антигипертензивной терапии**

Д-р Джордж Фодор и его коллеги (Кардиологический Институт Университета Оттавы, Онтарио, Канада) напоминают, что до половины всех гипертоников не принимают антигипертензивные препараты должным образом. Это не только отрицательно сказывается на здоровье, но и приводит к нерациональному использованию и без того ограниченных ресурсов системы здравоохранения. Авторы решили изучить, как короткий вопросник оценивает приверженность пациентов антигипертензивной терапии в разных странах — Австрии, Венгрии и Словакии. Формулировка вопросов была доброжелательной, без «запугивания» респондентов. Подтверждение нарушения предписанного режима терапии рассматривалось как показатель низкой приверженности лечению — если пациент соглашается с тем, что забыл принять несколько таблеток, чаще всего он забывает принять большинство из них. Среди 2182 скринированных лиц, 29,9% были гипертониками, из них 42,6% были назначены антигипертензивные препараты. Средний уровень систолического и диастолического артериального давления был достоверно ниже среди респондентов с высокой приверженностью терапии по сравнению с нарушающими режим приема препаратов больными: 138,4 против 146,2 мм рт. ст. и 89,2 против 92,3 мм. рт. ст. соответственно. Как правило, соблюдающие режим антигипертензивной терапии пациенты были старше (48,9 против 46,7 лет), принимали несколько препаратов, не курили; среди них было больше женщин.

Таким образом простой опрос позволяет выделить группу риска пациентов, не приверженных гипотензивной терапии.

**Источник:**

*J. Hypertens. 2005; 23: 1261-6.*

**С годами идентичные близнецы приобретают все больше и больше различий — они не только становятся менее похожими внешне и ведут себя по-разному, их гены тоже начинают отличаться**

Бывает, например, что один из близнецов заболевает раком, в то время как другой остается здоровым. Ученые считают, что все дело в воздействии окружающей среды. При этом происходит химическая модификация генов, которая не затрагивает ДНК, но влияет на экспрессию генов. Таким действием обладают факторы окружающей среды, питание, химические вещества и т. д. Изучение внешних факторов, влияющих на клетку, может помочь понять, как возникают в организме опухоли.

Для исследования ученые набрали 40 пар близнецов; самым младшим было 3 года, самым старшим — 75 лет. Все участники заполнили анкету, где были вопросы о здоровье, особенностях питания, уровне физической активности, курении, употреблении алкоголя наркотиков, лекарств. Кроме этого, у них взяли кровь, чтобы определить, насколько отличаются их гены. Оказалось, что больше всего схожи геномы у самых младших близнецов, а больше всего отличаются у самых старших. Процесс изменения экспрессии генов при неизменном ДНК называется метилированием. У близнецов, которые жили отдельно или болели разными болезнями, метилирование сильнее изменило геном.

Кристоф Пласс, один из авторов исследования, считает, что метилирование необходимо для нормального развития клеток, оно помогает сохранить целостность ДНК. Но при нарушении регуляции этого процесса метилирование может оказать пагубное действие на клетку.

**Источник:**

*Proceedings of the National Academy of Sciences.*

## Антиреклама

Издательство ГЭОТАР продолжает наводнять литературный рынок эпохальными изданиями: своими рекомендациями по лечению больных. Не загустела еще типографская краска на одном издании, а уже выпечено другое. Во всех изданиях имеются абсолютно идентичные проблемы, делающие их неприемлемыми для врачей. Собственно уже на странице без номера, где излагается структура издания, говорится, что «основа этой части книги — ...опубликованы отдельно в виде издания «Клинические рекомендации + фармакологический справочник» в 2004 г. и «в виде издания «2000 болезней от А до Я» в 2003 г. Т. е. — издание повторное? — но об этом ни слова, что, очевидно, вводит читателя в заблуждение.

Добро бы — один автор. Но авторский коллектив, как это принято в ГЭОТАР — братская могила. В прежних цитируемых изданиях счет шел на тысячи, в настоящем — на сотни — 500 человек, гордо сообщает предвещающая книгу статья. Но если это издание — компиляция предыдущих, то куда делись прежние авторы-редакторы и как с их авторским правом? А никак, эти «титовые» авторы-редакторы никакого участия в написании ни тех, ни этих книг не принимали. Они — для понту, сплошь все академики или министры здравоохранения субъектов страны и стран СНГ + ректора ВУЗов. Более того, опрос показал, что не все «авторы» даже знали о том, что оказались в списке, например, и автор этих строк был «засвечен» как минимум дважды, но узнал об этом лишь после выхода очередной книги. И еще бросается в глаза: большая часть авторов — чиновники различного уровня, их состав и местоположение постоянно меняется от издания к изданию, одновременно с изменением их служебного положения.

## Внимательнее — поделка!

Так что понять, кто писал — не представляется возможным. Неясно и то, что писали, откуда получаемые авторами сведения, кто их согласовывал и т. д.

Что же такое сами тексты. Они выглядят... плохими методичками для студентов 3–4 курсов медицинских институтов. В очень сжатом виде, без точек, внутри текста — какие-то бубновые тузы. Содержание местами потрясает. Например, глава «Анемия». Определение — снижение гемоглобина ниже 110 г/л. Обычно говорят — ниже нормы, а она установлена в 120 г/л. В этой книге почему-то 115 г/л. Сообщается, что железодефицитную анемию «находят у 10–30% взрослого населения». Не многовато ли? Тут же — у женщин она встречается в 20% случаев, а у мужчин — менее 1%. Все цифры неверны, господа писатели. Далее приводится «патогенетическая» классификация, в которой понять не удастся ничего: «анемии вследствие кровопотери; анемии вследствие нарушений синтеза Hb и обмена железа: микроцитарные анемии, нормохромно-нормоцитарные анемии, макроцитарные анемии; гемолитические анемии». Спутаны патогенетический подход и классификация по цветности, последняя имеет значение лишь как ориентировка для алгоритма диагностического поиска.

Далее еще страньше. Перечисляются «наиболее частые причины развития анемий, ЖДА, пептическая язва или эрозия, новообразование в области прямой или толстой кишки, операция на желудке, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (>10 см)... дефицит витамина B<sub>12</sub>, пернициозная анемия, тропическая спру?...» и т. д. Просто каша какая-то. Лечение предлагается, в частности, для железодефицитной анемии: «содержащими двухвалентное железо по 200 мг 3 раза в день» Во-первых 200 мг какого железа, элементарного или двухвалентного? Если двухвалентного, то предлагаемая доза в 3 раза больше, чем допустимая, и возможны тяжелейшие токсические реакции — например, некротические изменения слизистой оболочки кишечника. Не указан срок лечения, из текста можно понять, что всего нужно 5–10 дней такого

«интенсивного» лечения. Лечение макроцитарной анемии предлагается цианкобаламином и фолиевой кислотой — грубейшая ошибка, от которой предостерегают всегда гематологи.

Другие «гематологические» статьи вызывают не вопросы, а негодование: они не просто неверны — они опасны. Например, при агранулоцитозе нет установки на обязательную госпитализацию в стерильные условия: если этого не делать, тогда и смертность будет не как написано в этой замечательной книге — 80%, а как в нормальных больницах — 0%. Глава «острый лейкоз» как бы подразумевает одну болезнь, даются классификации, которые противоречат отечественной классификации, многие самостоятельные болезни даются как варианты болезни. И т. д. и т. п. И под всем этим стоят подписи ведущих гематологов страны, в частности — А.И. Воробьева и В.М. Городецкого. Или они этого не читали? Скорее всего так.

Может быть, в других разделах лучше? Нет, например, в разделе «боль в груди» не упоминается климактерическая кардиопатия, неврологические заболевания — а именно эта патология наиболее часто дает кардиалгию. В разделе, посвященном тромбоэмболии легочной артерии, не дается никаких рекомендаций по ее профилактике — а ведь этот вопрос наиболее важный и клинически значимый для большинства врачей. Тромбоэмболию легче предупредить введением низкомолекулярных гепаринов в профилактических дозах всем, имеющим высокий риск ее развития, чем лечить потом тех, кто выживет.

Наверное, есть в книге разделы, над которыми поработали специалисты, а не безвестные авторы-компиляторы. Возможно — эти разделы были лучше написаны в

исходных текстах, с которых шла компиляция. Не знаю. Знаю только, что нельзя будет найти ответственного за те грубые ошибки, которые допустит врач, начитавшись этой книги. Бойтесь, друзья, поделок.

*Р.С.* Уже закончил писать я эту рецензию, как, разбираясь на столе, обнаружил несколько книг того же уважаемого издательства. Изданы они в разные годы, включая и 2005, под разными названиями, не с одинаковым авторским коллективом и под различной редакцией. Но, о чудо — тексты идентичные. И нашелся исходный текст, не беда, что принадлежит он другим — финским авторам. Рассматривая эти тексты, можно поиграть в увлекательную игру — найдите десять отличий. Для примера взяли да и сравнили статью «обморок». Если есть время у Вас, дорогие читатели, то можете сделать то же самое и с другими статьями. Они, в большинстве своем, — как близнецы-братья.

Так что, теперь можно размножать книги почкованием. Переставлять редакторов и тасовать авторов, выкидывая из списка авторов оригинала. Интересно, как это увязывается с отечественным законодательством?

На одинаковость проверены:

- «Клинические рекомендации для практических врачей», ГЭОТАР-МЕД, 2001, главные редакторы И.Н. Денисов, В.И. Кулаков, Р.М. Хаитов, перевод с английского;
- «Общая врачебная практика: клинические рекомендации + Фармакологический справочник», ГЭОТАР-МЕД, 2004, редакторы И.Н. Денисов, Ю.Л. Шевченко;
- «Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных», ГЭОТАР-Медиа, 2005, главных редакторов нет;
- «Российский терапевтический справочник», ГЭОТАР-Медиа, 2005, главный редактор А.Г. Чучалин.

Главный редактор П.А. Воробьев

## ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Утвержденный МЗ РФ, приказ № 233 от 09.06.2003 г.

Издательство «НьюДиамед»

От тромбоэмболии легочной артерии умирает больше людей, чем от аварий на дорогах. Остановим эпидемию тромбоэмболий. Впервые профилактика тромбоэмболии вменена в обязанность при хирургических операциях приказом. Протокол нужно выполнять, а для этого нужно знать, что в нем написано. Тираж ограничен.





У многих пациентов с артериальной гипертонией периодически возникают ухудшения состояния с появлением головной боли, головокружения, тошноты и др. на фоне подъема АД. Обычно это расценивается как гипертонический криз. Гипертонический криз — распространенный диагноз в амбулаторной и неотложной практике. Однако ситуации, при которых головная боль и другие неврологические жалобы совпадают с повышением АД, не всегда следует расценивать как гипертонический церебральный криз. Различные неврологические заболевания сопровождаются повышением АД и могут протекать под маской гипертонического криза: головная боль напряжения, тревожное расстройство (невроз, паническая атака), синдрома Меньера, (вестибулярный нейронит, доброкачественное позиционное головокружение), инсульта.

Был проведен анализ 185 случаев, когда пациенты направлялись в 61-ую клинику г. Москвы по «03» с диагнозом «Гипертонический криз» и неврологическими жалобами. Среди пациентов только в 41 случае (22 %) установлен диагноз гипертонического криза, у остальных пациентов неврологические расстройства возникали не в результате подъема АД, а как проявление другого заболевания.

Типичными церебральными проявлениями повышения АД являются: головная боль, преимущественно лобно-затылочной локализации, шум или заложенность в ушах, мелькание «мушек» перед глазами и тошнота. В таких случаях снижение АД сопровождается исчезновением или ослаблением церебральных жалоб.

В патогенезе острой гипертонической энцефалопатии (гипертензивной энцефалопатии) предполагается срыв ауторегуляции мозгового кровотока при значительном повышении артериального давления с развитием отека головного мозга, что проявляется выраженной головной болью и обычно нарушением сознания. В настоящее время артериальная гипертония редко осложняется острой гипертонической энцефалопатией, менее одного случая на 100 госпитализаций с направительным диагнозом «Гипертонический криз».

У значительной части (около 40%) пациентов, направляемых в стационар с диагнозом «Гипертонический криз», наблюдается сочетание головной боли напряжения и артериальной гипертонии. Различные причины (эмоциональное напряжение, тяжелая физическая работа, метеорологические изменения) могут привести как к появлению этой наиболее распространенной формы первичной головной боли, так и к подъему АД. Кроме этого головная боль способна сама повысить АД, регистрация при появлении головной боли высокого уровня

АД создает ошибочное мнение, что причина головной боли — артериальная гипертония, а ухудшение состояния пациента следует расценить как гипертонический криз.

Пациенты с артериальной гипертонией, страдающие головной болью напряжения, при проведении антигипертензивной терапии нередко ориентируются в большей степени на свое самочувствие (наличие и степень головной боли), чем на уровень АД, нередко отдавая предпочтение гипотензивным препаратам с центральным механизмом действия (клофеллин, адельфан), которые могут улучшить их самочувствие и уменьшить головную боль, но не являются препаратами выбора для лечения гипертонии. При сочетании артериальной гипертонии и головной боли напряжения важно объяснить пациенту, что головная боль не всегда отражает уровень АД, и поэтому необходим его регулярный контроль даже при хорошем самочувствии. Во многих случаях целесообразна комбинированная терапия, сочетающая современные гипотензивные препараты и средства для лечения головной боли напряжения (антидепрессанты, транквилизаторы, миорелаксанты).

За гипертонический церебральный криз нередко (около 10% случаев) принимают синдром Меньера (доброкачественное позиционное головокружение или вестибулярный нейронит), сопровождающийся подъемом АД. Острое появление вестибулярного головокружения, тошноты, рвоты и выявление при этом повышения АД ошибочно расценивается как гипертонический криз. Динамическое наблюдение за такими пациентами, проведение отоневрологического исследования позволяют установить истинную причину заболевания. При лечении пациентов с артериальной гипертонией, страдающих синдромом Меньера, следует использовать не только гипотензивные препараты, но и средства, направленные на улучшение кровообращения лабиринта (бетасерк), а также седативные и противорвотные препараты.

Под видом гипертонического церебрального криза нередко (более чем в 10% случаев) протекают инсульты, сопровождающиеся в своем дебюте значительным подъемом АД, при этом отсутствие ти-

## ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от В.А. Парфенова

### ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ: НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ



В.А. Парфенов

#### Сопредседатели секции:

- Курченко А.И., член-корр. РАМН, профессор
- Савенков М.П., д.м.н., профессор
- Парфенов В.А., профессор, невролог

#### Программа заседания:

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

#### Сопредседатели секции:

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

#### Программа заседания:

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

Уважаемые коллеги, читатели журнала

## «КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»

подписаться на наш журнал вы можете:

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

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

Бланк-заказ на подписку журнала на 2006 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте). Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие												II полугодие											
		Номера журнала												Номера журнала											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена номера в руб.																							
		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		ИТОГО: (впишите сумму)																							

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу: Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФГПОВ ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология». Тел./факс (095) 118-74-74 E-mail: mtpndm@do.ru

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

**Время Лантуса®**  
от рассвета до рассвета

**ЛАНТУС®**  
Компенсация без компромисса  
HbA1c < 7%

- ЛАНТУС® (Инсулин Гларгин) — первый и единственный бесследный аналог инсулина, однократное введение которого обеспечивает 24-часовой базальный гликемический контроль!
- ЛАНТУС® (Инсулин Гларгин) 1 раз в сутки — простота достижения устойчивой компенсации СД (HbA1c < 7%) с минимальным риском гипогликемий!

График показывает стабильный уровень HbA1c в течение 32 часов после введения ЛАНТУС®.

**ПЕРВЫЙ ЕДИНСТВЕННЫЙ**  
1 раз в сутки  
**24 часа**

**ЛАНТУС®**  
Инсулин Гларгин

## Приглашение

**«Пример  
из клинической  
практики.  
Что в первую  
очередь?»**

16 ноября 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Приглашение

**«Хламидиоз –  
мифы и реальность»**

15 ноября 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

### Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74,  
E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)



## А Ваши пациенты Инфлювакцинированы?

Обладая 50-летним опытом и всемирно запатентованным шприцем Дюфалдвест®, Солвей Фарма предлагает самую рациональную концепцию профилактики гриппа. Вакцина Инфлювак® — надежное и простое решение.

**инфлювак®**  
Защита от гриппа

119991, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5  
тел.: (095) 411-6911, факс: (095) 411-6910  
E-mail: [info@solvay-pharma.ru](mailto:info@solvay-pharma.ru)  
<http://www.solvay-pharma.ru>  
<http://www.gripp.ru>



Начало на стр. 9 ➤

пичных симптомов инсульта или их легкая степень (например, снижение чувствительности или легкая слабость мышц кисти) создают сложность в диагностике.

Причина повышения АД, выявляемого у больных в первые дни инсульта, не совсем ясна. Существуют две точки зрения: согласно первой, повышение АД приводит к инсульту, согласно второй — артериальная гипертония является его следствием. При ишемическом инсульте перед его развитием чаще регистрируются обычные значения АД, а транзиторное повышение АД возникает после возникновения инсульта и может быть расценено как его следствие.

До настоящего времени не ясно, стоит ли в первые дни ишемического инсульта проводить гипотензивную терапию (назначать новые гипотензивные средства или увеличивать дозу уже принимаемых средств), однако многие врачи стараются снизить повышенное АД в остром периоде ишемического инсульта до обычных или даже до нормальных его значений. Однако сохранение повышенного АД при ишемическом инсульте необходимо для поддержания достаточного уровня перфузионного давления в ишемизированной ткани головного мозга, а его снижение способно усилить ишемию. В первые дни ишемического инсульта нарушена ауторегуляция мозгового кровотока в зоне инфаркта, поэтому при снижении АД не возникает адекватного сужения артерий и происходит падение перфузионного давления в ишемизированной ткани мозга, что способно привести к усилению ишемии и гибели клеток в области этой зоны ишемической «полутени». Большинство

неврологов рекомендует не снижать АД в первые дни ишемического инсульта, за исключением случаев сочетанного инфаркта миокарда, расслаивающейся аневризмы аорты или очень высокого АД (выше 200–220/110–120 мм рт. ст.). Однако даже в этих случаях рекомендуется постепенное, а не резкое, снижение АД, степень которого в каждом конкретном случае зависит от возраста, степени исходной артериальной гипертонии и общего состояния пациента. Если до развития инсульта пациент регулярно принимал антигипертензивные средства, то их прием следует продолжить и в первые дни заболевания. Через несколько дней после развития инсульта восстанавливается ауторегуляция мозгового кровотока, и пациенту с артериальной гипертонией требуется длительная гипотензивная терапия с целью предупреждения повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Высокая частота диагноза «гипертонический криз» во многом обусловлена тем, что повышение АД часто представляет единственный объективный симптом у пациента, обратившегося к врачу в связи с ухудшением самочувствия и появлением церебральных жалоб, хотя они чаще обусловлены неврологической патологией, а не истинным гипертоническим кризом, при которых головная боль, тошнота и головокружение обычно вызваны затруднением венозного оттока из полости черепа. Консультация невролога необходима во всех случаях гипертонического криза, сопровождающегося церебральными симптомами. Появление у пациентов с артериальной гипертонией даже легких очаговых симптомов поражения головного мозга на фоне высокого АД указывает на развитие инсульта (или транзиторной ишемической атаки) и требует неотложной терапии.