



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Март 2006
№ 6 (23)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Когда мне предложили выступить на заседании общества с темой, какую я сам считаю интересной, я, не задумываясь, ответил, что это будет артериальная гипертония: эта проблема волнует всех. Эта проблема переросла узкие медицинские рамки. Она стала государственной, и это видно хотя бы по тому, что в 2001 году была принята специальная федеральная программа борьбы с артериальной гипертонией. Их несколько, таких государственных программ: сахарный диабет, туберкулез и артериальная гипертония. И хотя деньги там небольшие, но важно признание государственной значимости этой проблемы. Это позволило во всех регионах нашей страны создать свои региональные программы борьбы с артериальной гипертонией.

Так в чем же дело, почему это стало возможным? Дело в том, что на сегодня за 15 лет выросла колоссально смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. В частности, колоссальный рост смертности от ИБС, во многих странах этому удивляются. А что такое смерть от инфаркта миокарда? — это чаще всего гипертоническая болезнь. У нас умерло в прошлом году (2004) около 600000 от ИБС. Если вы возьмете другой показатель, тоже очень важный — от кровоизлияния в мозг умерло 400000 за год, и это тоже артериальная гипертония. И чем выше давление, тем чаще возникают все сердечно-сосудистые осложнения и смерть.

Эти цифры страшные. Потому что если у нас умирает в год 1300000 от сердечно-сосудистых заболеваний, это значит, что миллион из них умирает от инфаркта и кровоизлияния в мозг, а следовательно, от гипертонии. По данным Института профилактической медицины, распространенность артериальной гипертонии в популяции у нас 40000000 человек. Причем страдают не только пожилые: сегодня гипертония — это удел трудоспособных людей. Смертность ведь увеличилась за счет молодых, а не за счет стариков. Посмотрите, каков процент людей, которые знают, что у них повышенное давление: это где-то 50% у женщин, а у мужчин вообще 35%. А лечится из них еще половина, а из тех, кто лечится, только половина лечится эффективно...

В наших поликлиниках врачам удается достигнуть целевого давления только у 17,9% гипертоников. Это все очень грустно. Что делать в этой ситуации? Во-первых, мы должны все-таки знать, какая основа этой гипертонической болезни. Если не говорить о симптоматической гипертонии, а иметь в виду обычную гипертоническую болезнь, предложенную Лангом, то это, конечно, роль нервной системы. Все годы было много споров на эту тему. Оказалось, что уровень артериального давления зависит от синтеза норадреналина в ядрах гипоталамуса, хронический стресс влияет на уровень артериального давления. При нейроиммунологических исследованиях было показано, что уровень многих нейропептидов напрямую связан с уровнем артериального давления. Изучая перфузию мозга, мы видим, как она меняется в разных отделах мозга у людей с гипертонией и без таковой. Таким образом, очевидно, что важнейшую роль в становлении гипертонической болезни играет состояние нервной системы. Если проанализировать «скачки» смертности в нашей стране, то что мы увидим: что такое 1998 год? А что такое 1991—1993? Это ведь не нужно вам объяснять, вы сами все помните. То есть психо-социальный фактор, социально-экономический фактор играют важнейшую роль в возникновении артериальной гипертонии и ее осложнениях. Что можем сделать мы? Например, попытаться помочь человеку с гипертонией создать оптимальную психологическую обстановку.

Теперь об индикации уровней артериального давления. Вы знаете классификацию артериального давления, рекомендованную ВНОК, в ней ничего нового не появилось. Акцентирую ваше внимание на группе больных с высоким нормальным давлением, мы их должны брать под наблюдение, они потенциальные гипертоники. Вот им в первую очередь и нужно менять психо-социальную обстановку, образ жизни. Если кто-то из вас скажет: «ну что там снижение на 5—10 мм рт.

...знают, что у них повышенное давление: это где-то 50% у женщин, а у мужчин вообще 35%. А лечится из них еще половина, а из тех, кто лечится, только половина лечится эффективно...

ст., что оно даст?» Так вот я вам расскажу ситуацию: снижение уровня диастолического давления на 5—6 мм рт. ст. в течение года, а потом взял и бросил лечиться. В таких случаях в 35% случаев возникнет инсульт, а в 20% инфаркт миокарда. Вот вам и 5 мм рт. ст.

Конечно, всегда, когда мы говорим о гипертонической болезни, нужно помнить, что это не просто гипертоническая болезнь, а повышенные риски: возраст, курение, дислипидемии, ожирение, наличие С-реактивного белка и дополнительные факторы риска — нарушение толе-

альное давление, пытаться его корректировать немедикаментозными мерами. Но эти больные не должны исчезать из-под врачебного наблюдения.

Артериальная гипертония волнует всех

Выступление на пленарном заседании МГОТ
14 декабря 2005 г.

Чазов Евгений Иванович



рантности к глюкозе, повышение уровня фибриногена. Ведь очень часто артериальная гипертония возникает на фоне ассоциированных заболеваний, которые повышают риск артериальной гипертонии и которые должны учитываться врачом: цереброваскулярные заболевания, ишемический и геморрагический инсульты, инфаркт миокарда, заболевания почек, диабетическая нефропатия, почечная недостаточность, заболевания периферических артерий, протеинурия, кровоизлияния в сосок зрительного нерва, диабетическая ретинопатия, сахарный диабет и некоторые другие. И, имея

эти заболевания, мы всегда должны думать о том, что будет, если появится артериальная гипертония.

Целевое артериальное давление 120/80 мм рт. ст. — это мечта, которая, к сожалению, очень трудно осуществима. Самое главное — достичь того, чтоб держать больного в пределах 140/90 мм рт. ст., но постоянно. А если есть сахарный диабет, то минимум 130/80 мм рт. ст. Но нельзя опускать давление ниже 110/70 мм рт. ст., потому что тут возникают проблемы с мозговым кровотоком.

Теперь о том, как это делать. Масса лекарственных препаратов и диагностических возможностей. Раньше было 2,5 препарата и особенно выбирать не приходилось. Сегодня — это десятки лекарств, а у каждого из них еще по несколько торговых названий. Врачу приходится, как шахматисту, решать сложную задачу, просчитывая на несколько ходов вперед. Естественно,

нужно начинать с коррекции образа жизни и факторов риска, которые способствуют возникновению артериальной гипертонии. Посчитать общий сердечно-сосудистый риск, если он высокий, то немедленно начать

медикаментозную терапию, если нет, то нужно в течение 3—12 месяцев, контролируя артери-

альное давление, пытаться его корректировать немедикаментозными мерами. Но эти больные не должны исчезать из-под врачебного наблюдения.

Сегодня существует 7 классов препаратов, которые используются для борьбы с артериальной гипертонией. Нужно их изучать, разбираться в них. В большинстве случаев приходится прибегать к комбинированной терапии. Монотерапия у пациентов с 1—2 стадией эффективна только у половины, хотя начинать нужно, конечно, с нее. У больных с давлением выше 160/100 мм рт.ст. нуж-

но начинать сразу с комбинированной терапии, также и у больных с сахарным диабетом и почечной недостаточностью. Чаще всего используется, β -блокаторы — 36% и ингибиторы АПФ с диуретиками — 32%, остальные комбинации используются реже. В принципе, существуют комбинации, которые позволяют контролировать любое давление, нужно только упорство больного и врача.

Плюсы комбинированной терапии вы все знаете. Мне только хотелось бы предостеречь вас, чтоб вы не перескакивали от препарата на препарат. Как минимум неделю вы должны его давать и наблюдать за эффектом. И только после этого думать о том, на какую комбинацию менять.

Появляются и новые подходы в терапии. У целого ряда больных повышение давления связано с апноэ, возникающим во сне. Особенность этих больных: у них давление уже с утра бывает высоким. Мы всегда спрашиваем у больных, есть ли у них храп, говорили ли родственники о задержках дыхания во сне. При апноэ частота инсультов увеличивается, увеличивается в целом частота сердечно-сосудистых заболеваний. И существуют сейчас новые подходы к лечению этих больных. Лечение не очень сложное, существуют аппараты, принцип их действия основан на том, что когда возникает этот период апноэ, автоматически повышается давление кислорода и апноэ снимается. На фоне проведения этой терапии хорошо снижается артериальное давление. Эти больные плохо поддаются обычной терапии.

В США удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний благодаря программе борьбы с артериальной гипертонией на 25%, для этого потребовалось 20 лет. А мы только начали. За 2 года, точнее, за 1,5, число взятых под наблюдение больных в нашей стране увеличилось на 2 миллиона и почти 48 тысяч за 2004 год остались живы, так как уменьшилась смертность. Это, конечно, немного, но ведь за каждым из этих больных стоят родственники, окружающие. Но главное, что это оказалось реальным, возможным.

Борьбой с артериальной гипертонией возможно снизить смертность.

Для этого нужно два фактора: это информированность населения и информированность врачей. Врач должен быть информирован и должен уметь правильно выстраивать схему лечения. По данным наших исследований, 40% врачей первичного звена не может правильно построить эффективную схему лечения, но это касается не только гипертонии, но и других сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому сегодня очень важно, чтобы каждый врач знал и умел лечить артериальную гипертонию, и тогда мы с ней справимся. Тут есть и наша вина, недоучили, но мы готовы исправить ее. И то, что я выступаю перед вами, это один из шагов по исправлению ситуации.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Целевое артериальное давление 120/80 мм рт. ст. — это мечта, которая, к сожалению, очень трудно осуществима. Самое главное — достичь того, чтоб держать больного в пределах 140/90 мм рт. ст., но постоянно.

Теперь о том, как это делать. Масса лекарственных препаратов и диагностических возможностей. Раньше было 2,5 препарата и особенно выбирать не приходилось. Сегодня — это десятки лекарств, а у каждого из них еще по несколько торговых названий.

ИнтерНьюс

Объявлены победители I Международного конкурса проектов по фундаментальной онкологии

7 февраля 2006 года в НИИ Клинической онкологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН (РОНЦ) состоялась торжественная церемония награждения победителей I-го Международного конкурса научных работ по фундаментальной онкологии, проводимого совместно РОНЦ и фирмой «Центр внедрения «ПРОТЕК». Идея Международного конкурса была разработана РОНЦ в целях выявления и интенсификации наиболее перспективных фундаментальных исследований в области онкологии. Идею конкурса поддержал Центр внедрения «ПРОТЕК», выделив средства для проведения исследований. Конкурс начался в сентябре 2005 г. и рассчитан на 3 года. Международный конкурс проводится в инновационном для России формате: он носит проспективный характер, то есть победители конкурса получают гранты на проведение последующих исследований. Такая программа представляет новый способ выявления и поддержки исследований, который лишен целого ряда недостатков, присущих для грантовой системы, принятой в России.

Независимая международная экспертная комиссия, определявшая победителей, состояла из зарубежных и российских исследователей, в частности, Джордж Старк (США), Андрей Гудков (США), Михаил Давыдов (Россия). В конкурсный комитет, присуждавший гранты, также входил Виталий Смердов, Генеральный директор ЦВ «ПРОТЕК».

К участию в конкурсе было принято 25 грантовых заявок от исследователей из России, Беларуси и США, но авторами большинства работ были сотрудники РОНЦ. Свою оценку конкурсным проектам дали 27 американских и австралийских экспертов из 13 самых известных и авторитетных в области онкологии научных центров. Многоступенчатая система рецензирования, включившая в себя большое количество критериев, в результате дала возможность рекомендовать к финансированию девять из представленных на конкурс проектов.

Общая сумма грантов, выделенных Центром внедрения «ПРОТЕК» на реализацию данных проектов-победителей, составила 350 тысяч долларов. Конкурс не закончен — в следующем году будут определены очередные проекты-победители. Поиск продолжается.

Источник: пресс-релиз

Молодые матери после родов должны вставать как можно быстрее и сразу же начинать ходить, чтобы уменьшить риск развития тромбозов

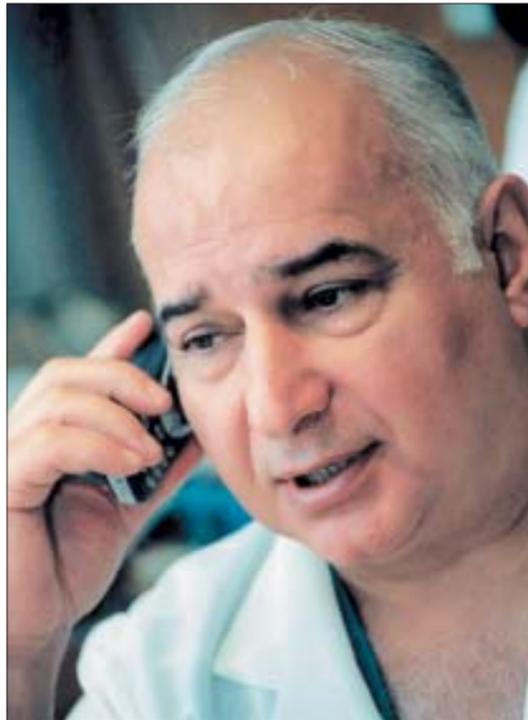
Такой совет дают роженицам исследователи из всемирно известной клиники Мэйо, изучившие истории болезней 50 тысяч беременных женщин. Речь идет главным образом о тромбозе глубоких вен голени и о легочной тромбоэмболии. Подобные осложнения происходят довольно редко, однако они чрезвычайно опасны, но в трети случаев первым и единственным симптомом при эмболии является внезапная смерть, сообщает руководитель исследования доктор Джон Хэйт. В среднем у беременных и рожениц вероятность легочной эмболии повышается четырехкратно по сравнению с остальным населением. В последние 20—30 лет эмболия становится ведущим фактором материнской смертности. Главный совет специалистов молодым матерям — вставать с постели и начинать ходить как можно быстрее. Применение аспирина, предотвращающего инфаркты и инсульты, при тромбозе глубоких вен неэффективно.

Источник: Радио Свобода

В последние дни февраля 2006 г. произошло событие, значение которого возможно выйдет далеко за рамки обычных перевыборов. Российская академия медицинских наук сменила основных «игроков» руководящей команды. Президентом РАМН выбран академик РАН и РАМН, онколог, хирург номер один в официальных мировых рейтингах Михаил Иванович Давыдов. Его заместителем — вице-президентом — не менее известный человек в нашей стране и за ее пределами академик РАН и РАМН Михаил Александрович Пальцев. Оба они — (кому как не мне, геронтологу, это известно) — достаточно молодые люди, за каждым — огромные, многотысячные активные коллективы ведущих врачей страны. Напомним Гиппократу: врач — подобен Богу. Имя Михаил на древнееврейском обозначает «подобный Богу»...

В наше беспокойное время появление такой мощной команды, усиленной новым составом Президиума РАМН (особенно выделим среди его членов академика РАН и РАМН А.И. Воробьева — Председателя Московского городского научного общества терапевтов) — явление эпохальное. На первый взгляд событие не бог весть какое — ну переизбрали. Однако выборы проходили в тяжелейших

Перевыборы руководящего состава Российской академии медицинских наук



Михаил Иванович Давыдов — Президент РАМН

зидентам, всем членам Президиума РАМН. Пожелаем им мудрости и стойкости.

Главный редактор П. Воробьев

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

3 февраля состоялось очередное заседание виртуального круглого стола в Глобальной сети дистанционного обучения, посвященного реформированию здравоохранения в России, посвященное докладу Всемирного банка «Рано умирать... — Проблемы высокого уровня заболеваемости и

— средняя продолжительность жизни российских мужчин на 16 лет меньше, чем европейских, причем возрастает смертность за счет работоспособного населения (25—63 лет), — более половины причин смерти приходится на сердечно-сосудистые заболевания (правда, как публиковалось

в нашей газете, у нас вскрывается подавляющее меньшинство умерших, поэтому много диагнозов «с потолка»; например, умерших от рака во много раз меньше, чем заболевших, так как без вскрытия ставится любимый всеми диагноз «ИБС»),

— в России смертность от неинфекционных заболеваний на 29,45%, а от травм на 48,4% выше, чем в странах Европы; огромная смертность на дорогах, причем она усугубляется отсутствием реальной своевременной медицинской помощи: во всех странах работают парамедики, у нас — час ждут «скорую».

Хочется отметить, что у участников вызвали вопросы источники статистических данных, они были различными и за разные годы, сопоставить их было трудно. На многие заданные вопросы господин Патрисио Маркез не ответил, не то по нежеланию, не то из-за технических сложностей. И еще было очень обидно, что многих участников телеконференции больше всего интересовало не то, какие можно предпринять усилия, а у каких стран аналогичные трудности в здравоохранении или кому еще хуже, чем нам. Все смотрим, чтобы у соседа корова сдохла...



Из Вашингтона профессор Патрицио Маркез

Рано умирать... Так считает Вашингтон

преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в РФ и пути их решения». Доклад презентовал Патрисио Маркез, (Вашингтон), студии находились в Москве, Санкт-Петербурге, Воронеже, Чебоксары, Саратов, Оренбург. В работе телеконференции приняла участие заместитель директора департамента Е.П. Какорина.

Неудовлетворительное состояние здоровья взрослого экономически активного населения России, по мнению авторов, представляет угрозу для дальнейшего устойчивого экономического роста и социального развития России. Вот некоторые цифры (правда, они в основном хорошо известны): — ежегодное снижение темпов прироста населения (отрицательный прирост с 1990 года),



Е.П. Какорина во время телемоста

А. Власова

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В Киеве 16—17 февраля состоялась Международная конференция «Преподавание актуальных вопросов гериатрии в подготовке специалистов для системы медицинской и социальной помощи людям пожилого возраста». Присутствовали руководители органов социальной защиты, врачи, преподаватели медицинских ВУЗов, представители общественных организаций, волонтеры и социальные работники из разных областей Украины.

С ГЕРОНТОЛОГАМИ УКРАИНЫ НАМ ПО ПУТИ



Среди участников конференции были гости из зарубежных стран, в том числе профессора Р. Джекоби (Великобритания), И. Барден (Германия), А. Фрик (Лихтенштейн), Ж. Коля (Франция), С. Кусан (Словения), Ф. Богл, Д. Томас (США). С приветственными словами обратились Председатель Комитета Верховной Рады по делам пенсионеров, ветеранов и инвалидов П.С. Цибенко, директор Института геронтологии АМН Украины В.В. Безруков, проректор КМАПО им. П.Л. Шупика профессор Ю.П. Вдовиченко, Президент МБФ «Каритас Украины» А. Василькович.

На пленарных и секционных заседаниях обсуждались проблемы медико-социальной помощи пожилому населению Украины, подготовка специалистов, широко освещалась роль благотворительных организаций в обеспечении медицинской и социальной помощи пожилым, в том числе в рамках программы «Домашняя опека» благотворительного фонда «Каритас Украины», роль общественных организаций, в том числе ветеранских, рассматривались актуальные вопросы лечения и реабилитации. Состоялась работа школы-семинара по подготовке кадров для геронтопсихиатрических служб.

В выступлениях прозвучала обеспокоенность состоянием медико-социальной службы на Украине, резким сокращением численности населения. В настоящее время доля населения старше 60 лет составляет 24%. К середине века ожидается увеличение этого показателя до 40%. При этом уровень социальной защищенности остается невысоким.

Коэффициент демографической поддержки снижается. В настоящее время на 1000 работающих — 411 человек пожилого и старческого возраста, через 20 лет их число будет 500 и более, но уже сейчас в Черниговской области этот показатель составляет 1 : 1.

Чайковская В.В., заведующая лабораторией социальной геронтологии НИИ геронтологии АМН, подробно остановилась на особенностях оказания медико-социальной помощи пожилым людям в условиях реформирования медицинской отрасли. Большим достижением на этом поприще явилось создание Государственного учебно-методического гериатрического центра на базе госпиталя ветеранов войн.

Интересным было выступление представителя Украинского отделения Красного Креста. На 01.01.06 г. на учете состоят более 480 тысяч подопечных, из них 42 тыс. — люди с ограниченной автономией. Социологический опрос пожилых людей показал, что на вопрос «в чем они нуждаются» на 1 месте — юридическая и психологическая поддержка. Совместными усилиями Красного Креста Украины с государственными органами социальной защиты созданы 6 совместных больниц, 3 хосписа, палаты Красного Креста, 102 медико-социального центра, пункты проката вещей медико-социального назначения.

Большой интерес вызвало сообщение о подготовке к аккредитации геронтологических и гериатрических учреждений в Российской Федерации (Н.И. Некрасова, П.А. Воробьев). На территории Украины пока нет практики аккредитации лечебно-профилактических учреждений, хотя необходимость осуществления реформирования в этой области назрела. Поэтому проект Научного медицинского общества геронтологов и гериатров по аккредитации вызвал понимание и интерес присутствующих.

Таким образом, очередная встреча геронтологов и гериатров, социальных работников и волонтеров на гостеприимной земле Украины еще раз убедительно доказала, что проблемы пожилых у нас общие. Гарантией решения стоящих задач являются набирающие силу и крепнущие неформальные отношения между представителями государственных структур, общественных и негосударственных объединений разных стран.

Н. Некрасова

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 24.12.2003 г.**

Председатель: академик А.И. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Е.Н. Кочина

Повестка дня: проф. В.Г. Савченко (Гематологический научный центр РАМН). Развитие идей С.П. Боткина в онкогематологии.

Один из принципов, лежащий в основе Боткинского понимания клинической медицины, состоит в том, что болен живой организм, а болезнь не охватывает тот или иной участок тела или отдельный орган. В современной онкогематологии, медицине критических решений, задача врача — помочь не погибнуть. Ранняя летальность при острых лейкозах около 10%. Она снизилась за счет возможности временного протезирования функций организма, нарушенных вследствие болезни или врачебного воздействия (гемодиализ, ИВЛ, инотропная поддержка, применение антибиотических препаратов, компонентов крови). Знание не только клинических проявлений болезни, но и физиологических особенностей больного позволяют в настоящее время успешно лечить беременных, больных лимфогранулематозом, острыми лейкозами.



Идея С.П. Боткина о «купирующей» терапии находит отражение в современной химиотерапии — применении генетических или метаболических ядов для эрадикации опухоли. Кроме того, понимание взаимодействия опухоли и организма помогает выбрать адекватное лечение. Одним из этапов прогрессии опухоли является ее уход из-под контроля организмом — появление субклонов. Трансплантация костного мозга в развернутую (моноклональную) стадию хронического миелолейкоза дает шанс каждому пятому пациенту прожить 10 и более лет без признаков болезни.

Отдельно обсуждалась проблема предлеченности. Врач должен оценивать риск вероятности гибели от лечения и возможность гибели от болезни (недостаточные дозы цитостатиков на этапе индукционной терапии острых лейкозов приведут к неизбежному резистентному рецидиву болезни).

С.П. Боткин и его последователи шли в постановке научных задач от больного к изучению болезни, познанию генетических, молекулярных тонкостей болезни. Примером может быть острый промиелоцитарный лейкоз, при котором практически все больные гибнут в первые часы. Одно из самых принципиальных и значительных событий в области биологии лейкозов за последние 10 лет — обнаружение эффекта дифференцировки бластных клеток острого промиелоцитарного лейкоза под воздействием производных ретиноевой кислоты — позволяет успешно лечить больных.

Источник: СМИ

Фрамингемской шкале риска не удается выявить до трети женщин с повышенным риском коронарной патологии

Д-р Эрин Михос (Институты Медицины Johns Hopkins, Балтимор, Мэриленд) наблюдал за 102 женщинами (средний возраст 51 год), исходно без симптомов коронарной патологии в возрасте до 60 лет. Согласно Фрамингемской шкале, при оценке 10-летнего риска жестких коронарных конечных точек 98% участниц оказались в группе низкого риска (<10%) и 2% — в группе среднего риска (10—20%). Средний балл шкалы достигал лишь 2%. Тем не менее, по данным компьютерной томографии, кальцификация коронарных артерий имела место у 40% женщин, причем у 12% баллы кальцификации коронарных артерий превышали 100, а у 6% были не ниже 400. Субклинический атеросклероз регистрировался при стандартизованных по полу и возрасту баллах кальцификации коронарных артерий выше 75-ой перцентили. Согласно этим критериям, субклинический атеросклероз имел место у 32% женщин, причем у 17% баллы кальцификации коронарных артерий превышали значения 90-ой перцентили. Если бы участницам не была дополнительно выполнена компьютерная томография, до трети женщин остались бы в группе низкого риска коронарной патологии.

Источник:

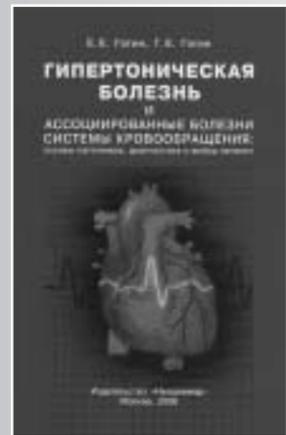
Am. Heart. J. 2005; 150: 1276-81.

ВНИМАНИЕ!!! НОВИЧКА!!!

**В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла книга авторов
Е.Е. Гогина, Г.Е. Гогина**

**«ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ:
ОСНОВЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКА, ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ»**

В книге на основе многолетнего клинического опыта рассмотрены особенности течения гипертонической болезни — «эссенциальной» гипертонии, варибельной и изменчивой, но нозологически единой и патогенетически обособленной, освещен вклад отечественных терапевтических школ в изучение гипертонической болезни, проанализированы мировые достижения в разработке стандартов диагностики и лечения, успехи популяционной стратегии, обеспечившей ограничение пандемии артериальной гипертонии, развитие активных методов помощи при сопутствующей ей ишемической болезни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в социально стабильных странах. Рассмотрены возможности эхокардиографии в объективизации изменений сердца и задачи раннего установления



симптоматических (монопатогенетических) гипертоний. Большое место в книге отведено лечению гипертонической болезни — стандартному гипотензивному и индивидуально оптимизированному в соответствии со стадией и проявлениями болезни, сочетающему базисную патогенетическую терапию с курсовой симптоматической, которые обеспечивают вторичную профилактику осложнений.

Книга предназначена терапевтам, кардиологам, студентам и преподавателям медицинских вузов и биологических факультетов университетов.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета Вестник МГНот с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

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.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Каторина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим, важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 241

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки

Код по МКБ-10: K25, K26

Фаза: обострение

Стадия: I—II—III стадии язвенного дефекта слизистой оболочки

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A01.16.004	Перкуссия при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	1
A02.12.001	Измерение частоты пульса	1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления	1	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,5	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,5	1
A06.16.002	Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки	0,5	1
A06.16.003	Контрастная рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки (прием бария)	0,5	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A09.16.001	Исследование физических свойств желудочного сока	0,1	1
A09.16.002	Исследование химических свойств желудочного сока	0,1	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (pH)	0,1	1
A09.16.005	Микроскопическое исследование желудочного сока	0,1	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,1	1
A08.06.002	Морфологическое исследование препарата тканей желудка	0,01	1
A08.06.003	Морфологическое исследование препарата тканей двенадцатиперстной кишки	0,01	1
A11.11.005	Взятие желудочного сока	0,1	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	0,01	1
A11.16.003	Биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии	0,01	1
A12.05.028	Определение тромбоцитов в крови	0,5	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	2
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	2
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	2
A25.16.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	2
A25.16.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	2
A25.16.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	2
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,8	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A08.16.002	Морфологическое исследование препарата тканей желудка	0,001	1
A08.16.003	Морфологическое исследование препарата тканей двенадцатиперстной кишки	0,001	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	0,5	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (pH)	0,01	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	0,001	1
A11.16.003	Биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии	0,001	1
A22.16.001	Эндоскопическое облучение лазером при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	0,001	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,05	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	1
A06.16.002	Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки	0,4	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (pH)	0,5	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,8	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,8	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	0,1	1
A11.16.003	Биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии	0,1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 14 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A25.16.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A25.16.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A25.16.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Антациды</i>		0,9		
		Алгелдрат + гидроксид магния	1	40 мл	560 мл
	<i>Прокинетики</i>		0,05		
		Метоклопрамид	0,7	30 мг	630 мг
		Домперидон	0,3	30 мг	630 мг
	<i>Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов</i>		0,1		
		Ранитидин	0,5	300 мг	4,2 г
		Фамотидин	0,5	40 мг	560 мг
	<i>Блокаторы протонного насоса</i>		0,1		
		Омепразол	0,5	40 мг	560 мг
		Рабепразол	0,5	40 мг	560 мг
	<i>Холинолитики</i>		0,1		
		Пирензепин	0,9	100 мг	1,4 г
		Платифиллин	0,1	0,015 г	0,45 г
Средства для профилактики и лечения инфекций			0,9		
	<i>Антибактериальные средства</i>		1		
		Амоксициллин	0,5	2 г	14 г
		Кларитромицин	0,5	1 г	7 г
	<i>Противопрозоидные и противомаларийные средства</i>		0,3		
		Метронидазол	1	1 г	7 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

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



КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (оценка, выбор медицинских технологий управление 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 дешевое — 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.

ИнтерНьюс

Стволовые клетки: от этических нарушений до подлога — один шаг

Комиссия, созданная Сеульским Национальным Университетом, пришла к выводу, что известный южнокорейский специалист в области клонирования стволовых клеток Хван У Сук (Hwang Woo-suk) подделал отчет об одном из своих исследований, опубликованный в журнале Science. В результате проверки деятельности лаборатории было установлено, что все колонии человеческих стволовых клеток, полученные сотрудниками Хвана в результате 1-го в мировой практике эксперимента, были выведены на основе 2, а не 11, как утверждалось ранее, линий стволовых клеток от разных доноров и обладающих генотипом, идентичным донорскому.

К публикации в Science прилагались иллюстрации, аутентичность которых вызвала сомнения. Увеличенные фотографии разных колоний выглядели настолько похоже, как будто речь шла о клетках, полученных из одного источника. Детальный анализ представленных корейской лабораторией материалов подтвердил эти подозрения.

Поначалу руководство лаборатории признало, что часть фотографий была отправлена в редакцию Science по ошибке, однако когда ученых попросили повторно предъявить полученные ими стволовые клетки, возникла новая заминка. Доктор Хван У Сук заявил журналистам, что большая часть клеток погибла в результате инфекции, однако 5 из 11 образцов были вовремя заморожены и могут быть представлены научной общественности.

В начале декабря 2005 г. один из сотрудников доктора Хвана заявил журналистам, что часть материалов, отправленных в Science, была сознательно подделана по приказанию Хвана. После этого руководство Сеульского Университета опечатало лабораторию и потребовало провести анализ ДНК имеющихся там образцов. В отчете комиссии не затрагивается вопрос о происхождении 2-х линий стволовых клеток, которые были использованы Хваном для подделки материалов своего исследования. Сам он продолжает настаивать на том, что его группа действительно обладает технологией размножения человеческих стволовых клеток in vitro. Проверки результаты других исследований корейского ученого поставили под подозрением результаты первого эксперимента по клонированию стволовых клеток человеческих эмбрионов, опубликованные в журнале Science в 2004 г., а также отчет о первом в мире успешном клонировании собаки, опубликованный в Nature в августе 2005 г.

Неприятности у корейского «пионера клонирования» начались в ноябре 2005 г., когда в результате расследования, начатого корейским телеканалом MBC, было установлено, что часть донорских яйцеклеток, использовавшихся для экспериментов по клонированию, были получены Хваном сомнительным с точки зрения этических норм путем.

Источник:
Медновости.ру

Дети, которые ежедневно сытно завтракают, лучше учатся и реже страдают от избыточного веса,

чем их ровесники, которые отказываются от утреннего перекуса, даже если потом в течение дня они получают больше калорий. К такому выводу пришли врачи Берлинского университета. Не завтракающие школьники во время умственной и физической нагрузки на уроках испытывают дефицит энергии, из-за чего переедают за обедом и ужином. Зато у тех, кто не пренебрегает завтраком, не только в норме вес, но и лучше память, выше коэффициент интеллекта, они реже пропускают занятия.

Источник:
Medicus.ru

Биомедицинская этика — дисциплина новая и потому привлекающая многих. Соответственно, появляются тексты, которые отражают точку зрения авторов, иногда вполне курьезную. Настолько, что впору задуматься, а не лучше ли были времена, когда план изданий утверждал редсовет из академиков на 3 года вперед. Рецензируемая книга принадлежит к числу написанных профессионалами. Благодаря поддержке ЮНЕСКО коллектив философов, активно работающих в области биоэтики под руководством Б.Г. Юдина, подготовил небольшой справочный текст, который по своей сложности не уступает школьным учебникам. Важным достоинством книги, которую можно приобрести в ЮНЕСКО в Москве, является то, что она в электронном виде бесплатна (<http://www.unesco.ru/rus/articles/2004/ampar18012006-144156.php>).

Построенный по принципу проблема-ответ, текст прост для восприятия и легко читается. Пожалуй, единственным исключением является раздел, посвященный «манипуляциям с эмбриональными стволовыми клетками». В нем предполагается, что читатели знают, что это такое — стволовые клетки, и это предположение, конечно, ошибочно. Впрочем, недавно был опубликован отличный доступный обзор проблемы, который можно рекомендовать всем заинтересованным читателям.

Известным дефектом книги является недостаточное внимание к предметным областям, которых касается биоэтика (медицина, психология, педагогика, биология и т. д.). Это объясняется, конечно, особенностями авторского коллектива. Например, на с. 13 используется выражение «перенос вектора» (в действительности вектор = переносчику, в генетике это обычно вирус, который переносит фрагмент генома).

Другой пример. Глава 2 начинается с утверждения, что «При обсуждении моральных проблем современной генетики спорящие стороны нередко обращаются к событиям пер-

вой половины XX века, когда генетика оказалась в центре не столько научных споров, сколько политических и идеологических конфликтов. Это историческое наследие до сих пор болезненно воспринимается научным сообществом. Речь идет о евгенике на западе и лысенковщине в СССР», за чем следует описание событий, связанных с евгеникой в США и Германии. Между тем, в России и СССР было сильное евгеническое движение, а самые «современные» евгенические программы стерилизации продолжались до 1970-х в Швеции. Неверным является и сравнение «лысенковщины» и евгеники. Евгеника была и остается научным направлением, в котором в России лидировал крупнейший генетик Кольцов. Лысенковщина была НЕ наукой, а результатом управления наукой коммунистами. Формально верно написать, что на сессии 1948 г. «было принято постановление» против генетики, но фактически АН СССР просто оформила решение Сталина. Думается, в книге по биоэтике совершенное 60 лет назад преступление должно называться своим именем. Эвфемизмов не компенсировать написанием «ссср» строчными буквами, что, впрочем, может быть лишь опечаткой (с. 10).

Для врача не пройдет незамеченным то, что обсуждая проблему аборта, авторы концентрируют свое внимание на эмбрионе. В результате т. н. «либеральная позиция», которая исходит из того, что «женщина — тоже человек», оказывается недостаточно представленной. Врачи обычно, даже с симпатией относясь к аргументам «Prolife», не забывают о проблеме беременной женщины.

В главе, посвященной трансплантации, авторы указали на ряд проблем, связанных с недобровольным донорством, торговлей органами. Вместе с тем, в книге в целом проблемы, в том числе социальные, освещены недостаточно. Это, безусловно, извинительный недостаток для популярного текста, но в части трансплантации трудно согласиться с ут-

Продолжение на стр. 8



XI Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» 2—4 октября 2006 года Центральный дом ученых РАН, Москва

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 2-4 октября 2006 года XI Международной научно-практической конференции. Среди организаторов: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Российская Академия Медицинских Наук, Научное медицинское общество геронтологов и гериатров, Геронтологическое общество РАН, ООО «МТП Ньюдиамед».

Основные научные направления конференции:

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

Техническое обеспечение: оверхед, мультимедийная установка.

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

Важные даты

Предоставление тезисов до 15 июня 2006

Резервирование номера в гостинице

до 1 сентября 2006 года

с обязательным подтверждением бронирования в сроки с 1 по 16 сентября

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с уст-

ным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.

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

К/с 301 018 100 000 000 005 05

Р/с 407 028 105 000 000 004 85

в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)

БИК 044 579 505

Код по ОКОНХ: 91514

Код по ОКПО: 189 440 19

ИНН 770 224 522 0

КПП 770201001

Правила оформления тезисов:

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

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

Образец:

НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТЫ

(большими буквами)

Авторы — Инициалы, Фамилии

Учреждение, в котором выполнена работа

ТЕКСТ

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППО ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: (095) 118-74-74.

E-mail: mtpndm@dol.ru

Web-сайты: www.zdrav.net; www.zdravkniga.net

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич

Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна

Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

Секретарь Иванова Елена Юрьевна

Начиная с определенного возраста, большинство людей вынуждены постоянно принимать различные лекарственные препараты. W. Osler, выдающемуся британскому интернисту конца XIX—начала XX века, принадлежит высказывание о том, что «...Homo sapiens отличается от других млекопитающих страстью к лекарствам». Располагая значительно меньшим, чем имеется в настоящее время, арсеналом лекарственных средств и, следовательно, существенно реже наблюдая нежелательные эффекты, связанные с их приемом, W. Osler тем не менее считал, что значительно большей пользой для пациентов будет «...если все лекарства будут брошены в море».

Концепция большой осторожности в использовании лекарств, в прошлом — известный «терапевтический нигилизм», подразумевающий минимизацию роли лекарственного лечения и приоритет мер, направленных на коррекцию образа жизни, а также придающий ведущее значение адаптивным и компенсаторным реакциям, формирующимся в организме больного и способствующим регрессу заболевания, постоянно находила отклик у ведущих клиницистов, в частности у Г.А. Захарьина.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ: возможности и опасности

Н.А. Мухин, С.В. Моисеев, В.В. Фомин

Кафедра терапии и профзаболеваний ММА им. И.М. Сеченова

В настоящее время имеется не меньше оснований для привлечения новых сторонников этой концепции, поскольку частота побочных реакций, в том числе опасных для жизни, значительно возросла одновременно (или даже опережая) с увеличением числа новых лекарственных препаратов: миллионы людей госпитализируют в связи с проявлениями побочного действия лекарств.

Вместе с тем улучшение прогноза при заболеваниях, ранее считавшихся безнадежными, достигается именно благодаря применению лекарственных препаратов. Наряду с инсулином, пенициллином, стрептоцидом к числу лекарств, радикально изменивших судьбу большого числа больных системными заболеваниями, бесспорно, относятся глюкокортикостероиды, открытие и практическое использование которых заслуженно отмечено Нобелевской премией. Очевидно, что в конкретных отраслях клиники внутренних болезней можно назвать группы препаратов, появление которых позволило достичь радикального улучшения качества лечения.

Одновременно, однако, следует отметить, что в настоящее время преимущества вновь появляющихся препаратов не всегда очевидны. Так, все применяемые сегодня классы антигипертензивных препаратов практически эквивалентны по способности снижать артериальное давление. Большинство из них хорошо переносятся, хотя в ряде случаев «новые» оказываются лучше «старых». Вместе с тем преходство, например, блокаторов рецепторов ангиотензина II не настолько очевидно, чтобы можно было полностью отказаться от ингибиторов АПФ, положительный опыт применения которых весьма значителен. Реальную целесообразность использования новых классов препаратов можно обосновать только с помощью результатов проспективных контролируемых исследований, демонстрирующих положительное их влияние на прогноз заболевания.

Результаты некоторых таких исследований можно считать ключевыми с точки зрения изменения тактики ведения пациентов при некоторых заболеваниях. В ряде случаев данные, полученные в ходе клинического исследования, становились основанием для резкого ограничения, а иногда и полного запрета на применение лекарственного средства. Например, стратегия профилактического назначения антиаритмических препаратов I класса при остром инфаркте миокарда, теоретически оправданная с точки зрения предупреждения нередко возникающих у таких больных угрожающих жизни нарушений ритма сердца, как показало исследование CAST, является опасной и приводит к достоверному увеличению смертности.

В исследовании ALLHAT при наблюдении пациентов с эссенциальной гипертонией, принимавших в качестве базисного антигипертензивного препарата альфа-адреноблокатор доксазозин, выявлено значительное (более чем на 25%) увеличение числа новых случаев хронической сердечной недостаточности по сравнению с показателем в группе контроля, в которой использовали тиазидовый диуретик хлорталидон. Эти данные, полученные в течение первых 3 из 5 запланированных лет проведения исследования ALLHAT, стали основанием для того, что альфа-адреноблокаторы, использование которых ранее считалось целесообразным при нарушениях углеводного обмена, и особенно у лиц с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, в международных рекомендациях по лече-

нию АГ пересмотра 2003 г. были исключены из антигипертензивных препаратов первого ряда.

Исследование ALLHAT представляет особый интерес еще и потому, что убедительно демонстрирует, что далеко не всегда новые классы препаратов оказываются лучше «старых», — так, по способности уменьшать риск сердечно-сосудистых осложнений ни одному из появившихся в последние 2 десятилетия препаратов (ингибитор АПФ, длительно действующий дигидропиридиновый антагонист кальция, альфа-адреноблокатор) не удалось презойти тиазидовый диуретик.

Следует еще раз подчеркнуть, что основной задачей контролируемых исследований является оценка долгосрочных критериев эффективности, из которых наиболее значимый — улучшение прогноза, достигаемое за счет снижения вероятности осложнений и неблагоприятных исходов заболевания. Способствовать существенному увеличению выживаемости могут и препараты, влияние которых на сами симптомы заболевания весьма незначительно. Как показано, например, в исследовании RALES, антагонист альдостерона спиронолактон, оказывающий относительно слабое по сравнению с тиазидовыми и петлевыми диуретиками непосредственное мочегонное действие, тем не менее, существенно снижает риск смерти у больных с сердечной недостаточностью III—IV функционального класса по NYHA при добавлении его в не-

больших дозах к стандартной терапии. Контролируемые исследования используют и для оценки наиболее типичных нежелательных эффектов, связанных с применением лекарственных препаратов. Часть побочных эффектов лекарственных препаратов непосредственно связана с механизмом их действия. Нередко по мере наблюдения за больными, получающими то или иное лекарственное средство, удается выявить непредсказуемые заранее нежелательные явления, в том числе угрожающие жизни. К числу наиболее распространенных относятся индуцированное лекарствами удлинение интервала QT, наблюдаемое при назначении не только препаратов с антиаритмическим действием, но и антигистаминных, антибактериальных, противогрибковых, противопаразитарных, психотропных средств. Вероятность удлинения интервала QT, существенно повышающего риск нарушений ритма сердца, в том числе фатальных, особенно велика у лиц с генетической предрасположенностью, связанной с мутациями генов, кодирующих структурные субъединицы калиевых и натриевых каналов кардиомиоцитов.

Далеко не всегда констатированное в контролируемых исследованиях нежелательное явление связано непосредственно с изучаемым препаратом. Повышение частоты развития злокачественных опухолей, отмеченное в некоторых контролируемых исследованиях на фоне применения статинов, по-видимому, может быть связано с увеличением продолжительности жизни пациентов, обусловленным уменьшением вероятности сердечно-сосудистых осложнений. Таким образом, больные, особенно пожилые, принимая статины, получали шанс «дожить» до первых клинических проявлений развивавшихся у них опухолей. Результаты 10-летнего наблюдения за популяцией пациентов, включенных в исследование 4S, свидетельствуют о том, что риск неоплазм у них при приеме симвастатина не увеличился.

Контролируемые исследования позволяют оценить наиболее типичные нежелательные явления, при этом относительно редкие из них, особенно развивающиеся по механизмам индивидуальной гиперчувствительности, могут оставаться невыявленными. Популяция больных, включенных в исследование, всегда соответствует жестким критериям отбора, что подразумевает отсутствие у них многих сопутствующих заболеваний, предрасполагающих к реализации побочного действия лекарственных препаратов. Следовательно, пациент, получающий исследуемый препарат, отличается от того, которому он будет назначен в реальной клинической практике, и у последнего зачастую можно ожидать существенного снижения эффективности препарата с одновременным повышением вероятности нежелательных эффектов, в том числе угрожающих жизни.

Наряду с противопоказаниями к конкретному препарату всегда необходимо иметь в виду общие факторы риска нежелательных лекарственных реакций. Наибольшую в популяции частоту побочных эффектов регистрируют у детей, особенно младшего возраста, что связано с затруднением подбора доз лекарственных средств и значительным снижением активности систем их метаболизма и экскреции. Аналогичны причины высокой распространенности нежелательных явлений, связанных с приемом лекарственных препаратов у лиц пожилого и старческого возраста. Кроме того, последние могут принимать препараты бесконтрольно.

Читайте продолжение в следующем номере

Сопредседатели секции:

- **Савенков М.П.**,
д.м.н., профессор кардиолог
- **Парфенов В.А.**,
д.м.н., профессор, невролог

Программа заседания:

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

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

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

Сопредседатели секции:

- **Ноников В.Е.**,
д.м.н., профессор,
- **Богомолов Б.П.**,
член-корр. РАМН, профессор

Программа заседания:

1. Основной доклад
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»



СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под редакцией
профессора
П.А. Воробьева
Издательство «НьюДиамед»

Для клинических и производственных
трансфузиологов

Полное собрание нормативных документов (полнотекстовые версии) по производственной и клинической трансфузиологии за последние 30 лет. Книга — результат поиска документов в архивах Минздрава России, медицинских организаций, правовых баз данных. Книга уникальна полнотой представленного материала. Каждый найдет здесь то, что пригодится ему в работе: нормы расхода, штатное расписание, правила переливания компонентов крови и инструкцию по лечению краш — синдрома, многие документы ранее не публиковались.

Приглашение

«Что-то
с памятью моей
стало...»

13 апреля 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«ЛОР-патология
в практике
врача-терапевта»

18 апреля 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям



Начало на стр. 6 ↗

верждением, что «по некоторым источникам» в России доживают до трансплантации только 30% стоящих в очереди. В действительности в России сегодня трансплантация практически отсутствует, и никогда сколько-нибудь существенная часть, хотя бы несколько процентов от нуждающихся в трансплантации почек, трансплантации не получала. Собственно, никогда в нашей стране не было проведено серьезных исследований размеров потребности в пересадке органов. Сама проблема недоступности дорогостоящего жизнеспасующего вмешательства является одной из важнейших проблем биоэтики, мало освещенной в книге.

Раздел о проблемах конца жизни начинается с неверного представления С. Сондерс. В действительности Дама Сесили умерла в прошлом году. С сожалением отметим, что если смерть мозга рассматривается в главе о трансплантации, то смерть коры мозга под именем устойчивого вегетативного состояния рассматривается в связи с технологиями поддержания жизни. Это не совсем верно по существу — называть поддержание вегетативного функционирования поддержанием жизни и отрывать от вопроса о диагностике смерти. При этом не сообщается, что рассматриваемый пример Терри Шиаво, может быть, и самый яркий и свежий, но никак не устанавливающий прецедента в США и не имеет никакого отношения к русским реалиям — у нас в стране стойкое вегетоподобное состояние законом не урегулировано.

В результате, вероятно, коллективного создания книги в ней оказалась относительно детально освещенная проблема СПИД, но не затронуты проблемы инфекций другого свойства, например,

туберкулез, вакцинопрофилактика. В одних главах приводятся интернет-источники информации, а в других — нет. Последнее, а именно отсутствие в книге отсылок к доступным авторитетным источникам, международным документам является ее самым большим недостатком. Список литературы краток — всего 9 источников. Это недостаток — литературы по биоэтике издается немало, хотя мало доброкачественной и популярно написанной.

Искусственным дополнением к популярному изложению проблем биоэтики выглядит второй раздел, где трактуется история собственно медицинской этики и происхождения биоэтики, принципы и правила. В результате ряд вопросов излагается повторно, как, например, этический контроль биомедицинских исследований.

Важным разделом издания является словарь терминов биоэтики. Из числа спорных статей укажем на трактовку privacy (неприкосновенности частной жизни) как только «правило, требующее ...получать разрешение на действия...». В действительности приватность означает «право на одиночество», на сохранение в неприкосновенности частной жизни, информации о работе, финансах человека и проч. Презумпция согласия (несогласия) трактуется только в отношении к пересадке органов, хотя это принципы, приложимые ко всем ситуациям оказания медицинской помощи.

Очень важно, что авторы популярного текста не пытаются вдаваться в детали технологий и не совершают ошибки популяризаторов, которые нередко выдают важные направления исследований (например, генную терапию) за уже реальные достижения. В результате мы получили общедоступный текст, написанный просто и на вполне современном уровне.

SCHWARZ PHARMA

SHWARZ PHARMA AG
Россия, Москва,
Ул. Усачева 33/2, стр. 5
Тел. +7 (495) 9330282
Факс +7 (495) 9330283
www.schwarzpharma.com
www.medi.ru

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

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

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии

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

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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