



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июнь 2006

№ 11 (28)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Пока ожидала в приемной, пришла сотрудница клиники и уговаривала Николая Алексеевича взять к себе в кабинет новую кушетку (старой уже лет 30):

— «Она старая, деревянная, давайте новую поставим, железную, красивую. Вы над этой, когда больных смотрите, в три погубели сгибаетесь, а новая повыше.

— Я-то согнусь, это не проблема (еще пока), а вот как старичок или старушка на нее забираться будут, чтобы я их посмотрел? Нет, спасибо, не нужно.

— Может, диван из коридора убрать, он только место занимает и вид портит.

— Ни в коем случае, на нем студенты в перерывах очень сидеть любят...»

— Вот видите, весь стопками книг и бумаг обложен, а ведь каждую субботу я все это разбираю и ликвидирую... А к среде уже опять все заложено.

— Этому зданию всего 40 лет?

— Да, мы здесь всего 40 лет, наша база была в 24 больнице у Петровских ворот. А в 1967 г. построили это здание.

Клиника наша многопрофильная. Первое название было «клиника терапии и профболезней», что было сделано специально потому, что мы единственная кафедра в ММА, которая преподает курс профессиональных заболеваний, так как кафедра относится к медико-профилактическому, бывшему санитарно-гигиеническому факультету.

Что такое терапевтическая клиника?

Конечно, сегодня нужна какая-то специализация. Я очень долго думал, все-таки одно из ведущих направлений клиники — это нефрология, которая ассоциируется с именем Евгения Михайловича Тареева. И для нас это выделение очень важно, потому что это влияет на финансирование, в том числе и программного гемодиализа.

— Лечите все равно все?

— Мне не хотелось, чтобы клиника превращалась только в нефрологическую не по названию, но по сути, потому что у нас очень мощная гепатология, сформировавшаяся в специальное направление еще при Е.М. Тарееве более 40 лет назад, мы одни из первых в стране, кто начал противовирусную терапию гепатитов. У нас сильная пульмонология: фиброзирующий альвеолит и саркоидоз — почти 800 больных за 30 лет; традиционное ревматологическое направление — системная красная волчанка, васкулиты. Но не писать же «Клиника нефрологии, гепатологии, пульмонологии, ревматологии».

— По какому принципу сюда попадают больные?

— Раньше больных присылали со всего Советского Союза, тех, кто вызывал вопросы у врачей в регионах. Многие врачи у нас стажировались, мы во многие места ездили с лекциями, выездными циклами (по несколько раз в год), так что о нас хорошо знали. И сейчас активно это делаем, и предложений очень много. Сегодня большая часть больных — москвичи, и мы и дальше готовы быть полезными для московского здравоохранения. Иногородным сложно госпитализироваться. Ведь сейчас, если к нам поступает иногородний больной, допустим, из Воронежа, значит, с ним из Воронежа должны поступить деньги по ОМС, а местные руководители не хотят эти деньги отдавать. Очень все сложно устроено, и мы к этому только-только привыкаем.

Наши клинические интересы всегда касались исходно «неясных», «непонятных», «трудных» больных. Е.М. Тареев начинал на базе 24-й больницы лечить волчанку. Тогда все молоденькие девушки с волчанкой погибали: их болезнь трактовали как сепсис, хронический сепсис и антибиотиками «лечили».

— Что не помогало, не было понятно?

— А кто это знал? Сегодня, во многом благодаря Е.М. Тарееву и его сподвижникам, эти больные трактуются правильно, и что особенно важно — уже на ранних стадиях болезни — начинается правильное лечение. Ведь тяжелейшие больные с васкулитом Вегенера жили

Мне не хотелось, чтобы клиника превращалась только в нефрологическую не по названию, но по сути, потому что у нас очень мощная гепатология, сформировавшаяся в специальное направление еще при Е.М. Тарееве...

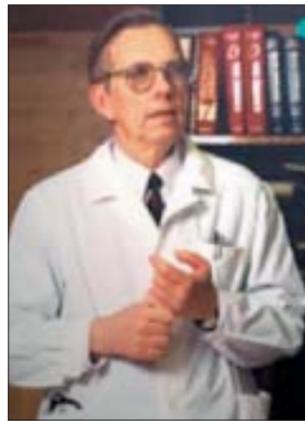
6 месяцев — и неминуемая смерть, а сейчас выживаемость 10 лет у 90%!

Весь этот путь мы и проделали. С одной стороны, остро необходим дифференциальный диагноз, только точно поставив диагноз, ты можешь спасти человека. Конечно, лечение «на лезвии ножа»: циклофосфан, пульс-терапия: препарат ввели и несколько дней не спишь, думая, «войдет» больной в агранулоцитоз или нет. Когда восстановится костный мозг, если это случилось? Все пережито и продолжается переживать.

— Николай Алексеевич, а как Вы оказались на Земле Франца-Иосифа?

— Земля Франца-Иосифа — помните? — такой архипелаг, там было несколько полярных станций. Тогда это было так, в 60-е годы: когда я учился на 5 курсе, субординатура по внутренним болезням у меня была

в клинике Е.М. Тареева, хотя я был на лечебном факультете, а кафедра и клиника принадлежали сангигу. Но традиционно в Тареевской клинике было несколько групп в субординатуре с лечфака. И вот мы, первые две группы с нашего курса, попадаем в 24 больницу в субordi-



Завидую сам себе

Беседа с академиком РАМН профессором Н.А. Мухиным

натуру, так я оказался в этой клинике. Вообще-то исходно я хотел быть акушером-гинекологом.

— Сколько с известными людьми разговариваю, все время выясняется, что в медицинской попали случайно, а тут — в специальность случайно.

— Просто мне хотелось оперировать, я с младших курсов дежурил в Измайлове в больнице, ночные акушерские дежурства, роды. А потом попал к Е.М. Тарееву в клинику и почувствовал, что тут что-то совсем другое, необычное. Мне показалось — именно, необычное. Вот сейчас я это слово употребил и подумал, что действительно я ведь учился в замечательных клиниках: у профессора Александра Леонидовича Мясникова на кафедре госпитальной терапии на 5-м курсе, на факультетской терапевтической клинике на 4-м курсе у профессора Владимира Никитича Виноградова.

— Вот это учителя Вам достались!

— Действительно, гиганты! Это такое богатство! Пропедевтика была у профессора Василенко Владимира Харитоновича. И это не только шефы, а какие у них сотрудники были! Потрясающие преподаватели. Теперь я их особенно часто вспоминаю, поскольку сам стал терапевтом и сам преподаю. В 1-м институте уникальные были и хирурги и акушеры, но особенно терапевты. Потом, когда уже прошли годы, я понял, чем отличается клиника Тареева от клиник Мясникова, Василенко, Виноградова. Каждая клиника имеет свое лицо, но Тареевская клиника отличалась, уже тогда я это почувствовал, как бы сказать — всеядностью. Очень широкий круг интересов: ревматология, гепатология, нефрология, но главное, — очень много сложных больных и еще больше рассуждений по поводу этих больных. Мне все это показалось необычным.

Моя мама была врач, и она, конечно, волновалась по поводу моей дальнейшей судьбы, я все думал, месяцы шли, уже распределение скоро, а тут мне еще предложили аспирантуру на кафедре фармакологии. Но, я хотел с больными общаться (тогда еще клинической фармакологии не было), хотел быть лечащим врачом. И где-то весной, в марте, перед окончанием 6-го курса разговорились с Кончаловской Ниной Максимовной, дочерью

Максима Петровича Кончаловского, которая была профессором у Е.М. Тареева. Е.М. Тареев — ученик М.П. Кончаловского, много лет проработавший в его факультетской терапии, всегда с большим почтением его вспоминал, цитировал. Я тоже очень люблю высказывания Кончаловского — четкие, меткие, студентам их цитирую. Нина Максимовна говорит: «Идем завтра к Е.М. Тарееву, я тебя ему представлю, будешь терапевтом». «Я акушером хочу быть, Нина Максимовна». Но она меня очень хорошо «привела в чувство» и я задумался — может быть, действительно, стать терапевтом.

И так вот получилось — тогда была такая возможность, ты мог после окончания института, если у тебя диплом с «отличием», а у меня был диплом с «отличием», и если ты госэкзамен сдаешь на «отлично» и кафедра тебя берет в аспирантуру, то тебя зачислят в аспирантуру, ты на 2 года уезжаешь, отработываешь их практическим врачом, зная, что за тобой есть место, и что за тобой закрепляется московская прописка. Раньше же была проблема: уехал и потерял прописку, и попробуй в Москву вернуться потом, даже если ты — коренной москвич и у тебя здесь родственники. Это была целая история. И вот нас трое поехало: один на Диксон, один в Тикси, а мне досталась земля Франца-Иосифа. Там на нескольких островах полярные станции. На одном из островов был очень крупный метеоцентр, он изучал северное сияние и другие полярные явления, рядом с ним был небольшой поселок. Работали там почти все мужчины. Я там 2 года проработал.

— Вы там были единственным врачом?

— Да. Практически все два года, психологически не легко — вокруг тебя вода или льды и ближайший берег на материке — поселок Диксон 1000 км, и есть только санавиация. Слава богу, Господь и Никола Чудотворец меня оберегали, я так думаю. У меня был только один больной с аппендицитом, когда потребовался самолет. Вот зубы приходилось удалять.

— Тогда выпускник лечфака умел удалять зубы?

— У меня все для этого было, и кафедра стоматологии нас очень хорошо учила, в том числе и зубы удалять, накладывать шины, и на практике мы все это делали. Самое ужасное, что у меня оказался перемороженный новокаин, так что бедные мои пациенты! Это сейчас оттапливаемые самолеты, а тогда в «салоне» пар изо рта шел.

Через 2 года я вернулся в аспирантуру. Но если бы не было аспирантуры, я бы там на Севере остался (я тогда был холостой). Север настолько красив, просто невероятно. Рокуэл Кент очень правдоподобно его изобразил.

В общем, меня кафедра воспитала, кафедра Е.М. Тареева, здесь были великолепные ассистенты, доцент, профессора. Часто вспоминаю профессоров С.А. Гиляревского, А.В. Сумарокова и О.М. Виноградова, ассистента И.И. Макаренко, скорбю в связи с уходом из жизни член-корреспондента РАМН И.Е. Тареевой, с которой мы проработали вместе многие годы и были друзьями. С радостью встречаюсь в нашей клинике с проф. З.Г. Апросиной (тогда — ассистентом, в палатах которой я начинал), со своими сверстниками (тогда тоже аспирантами) — теперь акад. РАМН В.С. Моисеевым, проф. А.А. Михайловым, проф. И.А. Борисовым. Они меня сразу приняли, вот как раньше были сыновья полка. И сейчас я стараюсь — многих, к сожалению, уже нет в живых, — делать все, чтобы сохранить вот этот дух. Е.М. Тареев всегда говорил: «Хороший коллектив — это тот, где все друг у друга учатся» — это он повторял фразу М.П. Кончаловского, и я ее постоянно вспоминаю и повторяю. А что такое учиться, — это в первую очередь уважать тех, у кого учишься каждый день, и сегодня среди тех, у кого я учусь — наши ведущие специалисты, — профессор Л.В. Козловская, Е.Н. Семенова, Б.М. Корнев и другие замечательные сотрудники нашей клиники. У нас очень

большой коллектив, сейчас он заметно помолодел. Это замечательно, и как важно, но традиции надо сохранять. Слава Богу, что я прошел в клинике длинный и насыщенный путь — от аспиранта до заведующего кафедрой. Это 40 лет, все этапы. Думаю, что я могу что-то передать молодым в плане традиций, а традиции Тареевской клиники, они, как мне кажется, сохраняются, а значит — сохраняется фундамент. У нас академические «Тареевские чтения» с 1987 года, у нас «Эстафета поколений» —

Каждая клиника имеет свое лицо, но Тареевская клиника отличалась, уже тогда я это почувствовал, как бы сказать — всеядностью.

ИнтерНьюс

Диеты с низким содержанием жиров не снижают риск рака и заболеваний сердца у женщин в постменопаузе — таковы неутешительные результаты нового исследования американских ученых

Диеты с низким содержанием жиров не снижают риск рака и заболеваний сердца у женщин в постменопаузе — таковы неутешительные результаты нового исследования американских ученых. Хотя это совершенно не повод, чтобы забросить считать калории. Исследователи предполагают, что женщины изучаемой возрастной группы (средний возраст 62 года), возможно, слишком поздно обратились к здоровому образу жизни и не слишком строго придерживались диеты, оставаясь обладателями избыточного веса. Восьмилетнее исследование практически не показало никаких различий в риске рака молочной железы, рака кишечника и заболеваний сердца у тех, кто придерживался диеты, и кто не отказывал себе в кусочке жиренькой свинины. Результаты, конечно, неутешительны. Нам больше бы пришлось по душе результаты указывающие на существенное влияние диеты на здоровье, считает руководитель исследования д-р Джоан Мансон. Хотя, с другой стороны, это наталкивает на вывод, что есть смысл придерживаться здорового образа жизни с юных лет и не допускать лишних килограмм.

Джуди Сулливан, медсестра из British Heart Foundation, сказала, что многочисленные исследования подтверждают пользу сбалансированной диеты и умеренной физической нагрузки для здоровья женщины. Легко выявить причины, почему были получены такие результаты, отличные от предыдущих исследований. Женщины, придерживаясь этой диеты, не уменьшили употребление соли, не заменили «плохие» жиры на «хорошие» и практически не увеличили привычную физическую нагрузку. Кроме того, большинство исследуемых страдало от избыточного веса, что увеличивает риск сахарного диабета — другого фактора риска заболеваний сердечно-сосудистой системы. В настоящее время единственные связанные с диетой факторы, увеличивающие риск рака молочных желез, — это избыточный вес и злоупотребление алкоголем.

Источник: *Qyl.ru*

Почему больные с инфарктом миокарда несвоевременно обращаются за медицинской помощью

Д-р Ш. О'Доннел (Тринити Коледж, Дублин, Ирландия) проанализировал данные о больных с инфарктом миокарда, поступивших в 6 коронарных отделений Дублина в течение года. Оказалось, что у женщин ($n = 277$) по сравнению с мужчинами ($n = 613$) был больше срок от появления первых симптомов до обращения за экстренной медицинской помощью (14 против 2,8 ч), а также срок от появления интенсивных симптомов до обращения за помощью (3,1 против 1,8 ч в каждом случае). Женщины пытались облегчить свое состояние самостоятельно, занимая горизонтальное положение, принимая антациды или ванну. Как правило, позднее обращались пожилые пациенты и лица без медицинской страховки. Нередко больные приезжали в клинику на собственном автомобиле. Исследователи подчеркивают важность разъяснительной работы среди населения относительно первых признаков инфаркта, правильного поведения при появлении угрожающих симптомов.

Источник:

J. Adv. Nurs. 2006; 53: 268-76

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

20 апреля 2006 года состоялось очередное открытое заседание Форумного комитета. На заседании присутствовало более 30 человек — члены Форумного комитета, представители фармацевтических компаний, пресса.

Открыл заседание Председатель Форумного комитета, академик РАН и РАМН Воробьев А.И., сообщив присутствующим об изменении статуса комитета. С 12 апреля 2006 года Форумный комитет становится экспертным органом при Российской академии медицинских наук (РАМН). На протяжении почти 10 лет своего существования Форумный комитет работал при Минздраве России. Появление статуса независимого экспертного органа при РАМН позволит более планомерно, научно-обоснованно и действенно проводить в жизнь предложения по реформированию системы лекарственного обеспечения в России.

Длительную дискуссию экспертов Форумного комитета вызвал Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (стационарный формуляр). Перечень рекомендован к использованию при планировании затрат на лекарства медицинскими организациями при составлении стандартов и формуляров стационаров, для решения вопросов преемственности в лечении на этапе перевода больного со стационарного на амбулаторное лечение и обратно. Медицинская организация может дополнять стационарный формуляр по отдельным разделам с учетом профиля оказываемой медицинской по-

менно необходимых и важнейших лекарственных средств, формулярные перечни). Разработанный Негативный перечень включает порядка 50 лекарственных средств с указанием по каждому препарату конкретной технологии по негативному отношению. Например — применение преднизолона для купирования лихорадки, антипиретическое применение анальгина. Медицинские технологии из Негативного



Очередное заседание Форумного комитета. Меняется в новом качестве



мощи, изменять его в соответствии со своими потребностями. Перечень был составлен на основании анализа лекарственных средств, включенных в 260 стандартов высокотехнологичной медицинской помощи, разработанных в 2005—2006 гг., большая часть из которых в настоящее время утверждена Минздравсоцразвития РФ. Особую дискуссию вызвал препарат метамезол натрия (анальгин). Определенная часть экспертов высказалась за исключение этого препарата из Перечня в связи с частой регистрацией случаев агранулоцитоза у пациентов при применении препарата. С другой стороны, большая часть экспертов утверждала, что проведенные в настоящее время крупномасштабные клинические исследования не подтвердили статистически достоверных различий по частоте развития агранулоцитоза при применении метамезола по сравнению с плацебо. Тем не менее, учитывая принятые правила принятия решения Форумным комитетом, в основе которых лежит консенсус, препарат был исключен из Перечня, по крайней мере, сроком на 1 год. В целом, в Перечень были внесены значительные коррективы, как по структуре, так и по наполнению фармакотерапевтических групп (в основном изменения касались исключения ряда лекарственных средств из Перечня).

В рамках заседания экспертами Комитета были также обсуждены Негативный перечень медицинских технологий Форумного комитета и Перечень редко применяемых медицинских технологий Форумного комитета. Решение о создании перечней было принято на открытом заседании Форумного комитета в июле 2005 г., их составление продолжалось в течение 2005—06 гг. Необходимость формирования Негативного перечня медицинских технологий была обусловлена наличием в стране большого числа устаревших лекарственных средств, способов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, эффективность и безопасность которых вызывает обоснованные сомнения у специалистов и применение которых, по мнению экспертов Форумного комитета, нецелесообразно или не рекомендовано на территории страны. До этого времени формирование перечней происходило по «позитивному» принципу, т.е. формировались перечни лекарственных средств, рекомендованных к медицинскому применению (Перечень жиз-

тивного перечня не рекомендованы к включению в программы финансирования медицинской помощи за государственный счет, а также включению в протоколы и стандарты медицинской помощи, формулярные перечни и справочники лекарственных средств.

Разработка Перечня редко применяемых медицинских технологий Форумного комитета была обусловлена важностью обеспечения отдельных категорий больных, страдающих редкими болезнями, адекватными методами оказания медицинской помощи. Редкие технологии часто не регистрируются в стране в связи с нерентабельностью для производителя из-за низкого спроса. Часто фармацевтические компании отказываются и от производства подобных лекарств. По существующим в мире определениям редкой болезнью считается патология, встречающаяся с вероятностью меньше, чем 7 человек на каждые 10 000 населения. Это определение обсуждалось на заседаниях



Форумного комитета, однако такая низкая частота выполнения медицинских услуг весьма распространена и формально слишком многие технологии окажутся в ранге «редко применяемых». В связи с этим на первом этапе предложено относить к редко применяемым технологии, использующиеся менее чем у 10 000 пациентов в стране в год. При формировании Перечня учитывался высокий уровень доказательства эффективности и жизненной необходимости, редкое применение из-за редкости болезней и экономическую нецелесообразность для производителей выпуска лекарств, изделий медицинской техники или применения медицинских услуг. Разработанный сегодня Перечень включает более 20 медицинских технологий, для каждой из которых приведено показание к медицинскому применению.

Все выше указанные перечни будут опубликованы во 2-м издании Справочника лекарственных средств Форумного комитета в июне 2006 года. Разработанные на сегодняшний день перечни в последующем ежегодно будут дополняться и изменяться.

В заключение состоялось обсуждение проблем дополнительного лекарственного обеспечения: в настоящее время Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития занялась проблемой снижения цен на лекарственные средства, входящие в соответствующие перечни. Поддерживая необходимость контроля над ценами, Форумный комитет выразил озабоченность возможностью сокращения списка за счет удаления из него современных оригинальных лекарств, которые, естественно меняя судьбу больных, требуют высоких затрат государства.

М. Сура

Начало на стр. 1 ↗

молодые ординаторы 2-го года одно из своих наблюдений — самое, с их точки зрения, интересное за 2 года — докладывают, это всегда в мае, в день рождения Е.М. Тареева. У нас есть мемориальный кабинет Е.М. Тареева. К нам первый раз студенты приходят («уход за больными») на 2-м курсе, им этот кабинет показываем, потом 3-й курс — пропедевтика, вот чем мы выгодно отличаемся: ведь Е.М. Тареев проповедовал «сквозное» преподавание. Студенты пришли на 2-м курсе, они же придут к нам на «пропедевтику» на «факультетскую» терапию, затем — курс профболезней, и все в одной клинике.

Если к нам приходит в аспирантуру молодой доктор, то, конечно, мы его воспитываем. Морали не читаем, воспитываем на больных, на своем примере.

В Москве, в нашей любимой ММА им. И.М. Сеченова есть много хороших, потрясающих клиник, в любой из них получишь то, что хочешь. Это высочайший уровень! Я хорошо знаю силу нашей клиники, знаю, в чем сила других клиник, их приоритеты. Очень ценю, как и все мои сотрудники, дружбу со многими клиниками Москвы, с удовольствием и большой ответственностью отношусь к приглашениям участвовать в конференциях, организуемых ими. Очень дорожу дружбой с учеными-терапевтами Санкт-Петербурга, Тюмени, Новосибирска, Нижнего Новгорода, многих других городов. Встречи с ними на различных научно-практических форумах всегда волнительны и радостны. Традиционно в течение многих десятилетий нас и меня лично многое связывает с терапевтами Тульской области. Это тоже исторически идет от I Московского медицинского института, нашей ММА им. И.М. Сеченова, и от Е.М. Тареева, конечно. Последние годы мы проводим «Тареевские чтения» и в Туле. Более 10 лет существует еще одна традиция — ежегодные «Тареевские чтения» в Сергиевом Посаде, на территории благословенной Троице-Сергиевой Лавры — эти Чтения «собирают» большое число слушателей из окружающих районов, но для меня особенно важно присутствие молодых врачей, новых клинических ординаторов из нашей клиники, которые не могут не почувствовать неповторимый дух этого святого места.

Уважительность должна быть — и друг к другу и к больным. Мне посчастливилось встретить великих учителей...

— Но ведь хочется быть лучшим, ведь это естественно.
— Хочется, но как только такая мысль возникает, то сразу же нужно думать о достоинствах других и объективно их оценивать. Иначе легко, возгордившись, отстать. У ММА им. И.М. Сеченова высочайший уровень, это, безусловно, уникальный учебно-исследовательский комплекс, имеющий, как это было и раньше, свою клиническую базу. Ведь ММА

вышла из Московского императорского университета, когда был медицинский факультет университета, и сохраняет все университетские принципы. Когда я читаю первую лекцию по пропедевтике, то рассказываю, что такое клиника вообще, что такое клиника университета, и что такое Московский университет. Каким требованиям должен был отвечать претендент на медицинский факультет университета: «понятлив, прилежен и поступков честных». А еще у Лобачевского: «студент — это возраст потенциальной одаренности». И мы должны студентам помогать. Вот мне Нина Максимовна Кончаловская сказала, что нужно быть терапевтом, и теперь я не представляю себя в другом качестве.

— Вы считаете, что у кафедры, кроме обучения медицине, есть еще и воспитательная миссия?

— Конечно. Если к нам приходит в аспирантуру молодой доктор, то, конечно, мы его воспитываем. Морали не читаем, воспитываем на больных, на своем примере. Тебя зовут посмотреть больного, значит, бежишь тут же, бросив все дела, раз доктору нужно посоветоваться (это помимо плановых обходов), так в клинике все делают. Это и есть воспитание, к любому специалисту в клинике можно подойти и попросить проконсультировать твоего больного, если что-то непонятно. И нельзя при этом ответить: «подожди, приходи завтра или через 3 дня». И молодые это видят и должны считать, что нужно делать только так. Уважительность должна быть — и друг к другу, и к больным. Мне посчастливилось встретить великих учителей и еще, может быть, потому, что я все время на кафедре был, после аспирантуры был ассистентом около 15 лет, потом доцентом 10 лет — это самые важные годы в моей жизни, ведь ассистент — основная должность на кафедре (ведешь несколько палат, каждый день студенты, студенческая практика, масса общественных поручений и т. д.). Докторскую диссертацию защитил через 15 лет после кандидатской (в 1981 году), — это, может быть, много-

вадно, но убежден, что для того, чтобы клиницист созрел до докторской диссертации, нужен ни один год. Евгений Михайлович Тареев умер в 1986, я стал профессором незадолго до его смерти, потом доверили мне кафедру. И еще — если считать студенческие годы и исключить 2 года работы на Севере, то почти 50 лет моей жизни связаны с ММА им. И.М. Сеченова. Сколько замечательных людей, блестящих клиницистов, сколько прекрасных студентов за эти годы мне посчастливилось встретить!

— Как здорово, наверно, проработать на одном месте всю жизнь? Тем более на таком месте. Вы сами себе не завидуете?
— Завидую.

Беседовала А. Власова



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, геронтопекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-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 ус-

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, желательное — 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 ФПО 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.zdravnet; www.zdravkniga.net

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич

Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна

Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

Секретарь Иванова Елена Юрьевна

ИнтерНьюс

Недавние изменения в рекомендациях National Cholesterol Education Program привели к значительному увеличению числа взрослых лиц с неадекватным контролем уровня липидов

Как напоминают д-р Стефан Перселл и его коллеги (Северно-Западный Университет, Чикаго, Иллинойс), с 2004 г. в рекомендациях National Cholesterol Education Program в качестве целевых уровней приводятся значения холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) ниже 70 мг/дл для лиц с очень высоким риском, и ниже 100 мг/дл — для лиц с умеренно высоким риском. Чтобы оценить клинические эффекты этих рекомендаций, авторы проанализировали данные американцев 20—79 лет (n = 3281) — участников исследования NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey). У 30,0% участников уровни ХС ЛПНП превышали целевые значения 2001 г., и у 35,8% — целевые значения 2004 г. Для пациентов с низким, умеренным, умеренно высоким и высоким риском в соответствии с целевыми уровнями 2001 г. эти показатели составили 13,4%, 44,2%, 58,8% и 71,8%. Для целевых уровней 2004 г. эти цифры достигали 13,4%, 15,7%, 87,4% и 96,0% соответственно. Экстраполируя полученные результаты на все население США, авторы обнаружили, что при повсеместном внедрении целевых уровней 2004 г. 52,9 взрослых (30%), в настоящее время не получающих гиполипидемическую терапию, имели бы значения ХС ЛПНП выше целевых. В том числе у 40 миллионов (25%) превышение целевого уровня составило не менее 10%.

Подобный уровень контроля липидного профиля не осуществим на практике, даже при приеме высоких доз статинов. Поэтому авторы призывают сравнить долгосрочные пользу, риски и экономическую эффективность для комбинированной гиполипидемической терапии и высокодозовой статинотерапии.

Источник:

J. Gen. Intern. Med. 2006; early online edition

Запор — это одна из самых распространенных жалоб пожилых пациентов

От 30 до 60% пациентов старше 60 лет, по их собственной оценке, страдают запором. Истинная частота запора как в мировой популяции, так и среди пожилого контингента больных, по-видимому, ниже, чем ее оценивают, т. к. данные основаны чаще всего на субъективных жалобах больных, которые не соответствуют общепринятому определению запора. При лечении запора, независимо от его причины, механизма и возраста больных, преследуются всегда 2 цели — нормализация консистенции стула и регулярное опорожнение кишечника. Согласно современным представлениям, первая линия лечебных воздействий подразумевает применение немедикаментозных методов: увеличение двигательной активности, занятия спортом, пищевой рацион с обязательным включением пищевых волокон, нормализация водного баланса. Обязательно взаимодействие врач-больной, основанное на полном взаимном доверии. У многих больных немедикаментозных мер оказывается достаточно для нормализации стула. Лишь при неэффективности указанных мероприятий следует прибегать к медикаментозному лечению слабительными и прокинетики. Лечение запора в пожилом возрасте представляет сложную проблему и требует индивидуализации терапии, что обусловлено, с одной стороны, сочетанием нескольких заболеваний, с другой стороны, множественностью причин и механизмов развития запора.

Источник:

Клиническая геронтология 2006, № 1

ИнтерНьюс

Пациенты и врачи уже привыкли к тому, что рабочий день или визит к доктору начинается с компьютера

В качестве эксперимента в седьмой городской больнице Ижевска установили электронные машины. Предполагалось, что они ускорят прием пациентов: длинные очереди в регистратуру к врачам были невыносимы. Сегодня стали известны итоги эксперимента.

Регистратор считывает штрих-код сканером, и вся информация о пациенте появляется на дисплее монитора: кто он, где живет и к какому специалисту записан на прием. Раньше на выяснение этой и другой информации у врачей поликлиники уходило не меньше пятнадцати минут. Теперь за это же время пациент успевает получить талон и подняться к врачу.

Сергей Шадрин — управляющий Удмуртским территориальным фондом ОМС: «Эта работа нужна для того, чтобы четко проводить работу по диспансеризации населения, для того, чтобы мы четко знали, где человек прописан, сколько больных в том или ином районе».

Врачи признаются, к работе на компьютерах привыкнуть было не просто. Сейчас все поняли преимущества современных технологий. Настолько, что теперь сотрудники больницы мечтают поставить компьютер в каждом кабинете.

Наталья Сельмаева — зам. главврача взрослой поликлиники городской больницы № 7: «Это нужно для того, чтобы, например, пришел человек к врачу, специалисту, он его посмотрел, и если нужна дополнительная консультация какого-то специалиста, он смотрит по базе данных, когда этот специалист свободен, и тут же записывает пациента к нему на прием».

Седьмую городскую больницу оснастили компьютерной техникой в качестве эксперимента. Врачи, пациенты и чиновники говорят, новшество себя оправдало. Республиканский фонд ОМС в этом году дал около двух миллионов рублей на компьютеры для больниц. Столько же обещают выделить и в следующем. Пока только для городских больниц.

Источник:

«Новый регион» (г. Ижевск)

Гиперактивность симпатической нервной системы является одной из ведущих причин формирования метаболического синдрома, и воздействие на этот фактор риска делается возможным с появлением нового класса гипотензивных препаратов

В завершившемся многоцентровом исследовании АЛМАЗ, в котором приняли участие более 200 пациентов, было подтверждено свойство агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина улучшать чувствительность тканей к инсулину. Препаратом сравнения в исследовании АЛМАЗ являлся метформин. И моксонидин, и метформин достоверно улучшали чувствительность тканей к инсулину у пациентов, имеющих инсулинорезистентность, и достоверно снижали избыточную массу тела. Однако при выделении группы пациентов, имеющих склонность к тахикардии, было обнаружено, что только моксонидин достоверно улучшал чувствительность тканей к инсулину. Метформин, напротив, не оказывал достоверного влияния на индекс чувствительности к инсулину у пациентов с гиперактивностью симпатической нервной системы. Необходим индивидуальный подход к лечению гипертонии у пациентов с метаболическим синдромом, особенно имеющих склонность к тахикардии. ВНОК рекомендовал класс агонистов имидазолиновых рецепторов в качестве препаратов первого выбора в лечении гипертонии у пациентов с метаболическим синдромом и сахарным диабетом.

Источник:
Cardiosite.ru

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 17.05.2005 г.

Сопредседатель секции: проф. В.Е. Ноников, член корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов

Оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: И.В. Тюрина

Диарейный синдром — инфекция или результат интенсивного лечения

Профессор Шептулин А.А.

В понятие «синдром диареи» врачи и больные вкладывают разное содержание. Главным отличительным признаком диареи является увеличение процентного содержания воды в кале с 60—65% до 80—90%. Принято делить диарею на острые (до 3 недель) и хронические (свыше 3 недель). Острые диареи по частоте стоят на втором месте после острых респираторных заболеваний, а в развивающихся странах являются значимой причиной смерти, особенно детей раннего возраста.

Проблема самолечения больных: опрос показал, что 70% пациентов при самолечении используют препарат имодиум, а 25% — антибактериальные препараты. Подходы к лечению острых диарей в разных странах не однозначны. Так значительная часть врачей общей практики в Англии полагает, что прием антидиарейных препаратов при острой диарее способствует сохранению токсинов в организме, и назначение этих средств замедляет выздоровление. В Китае используют пробиотики, в то время как в Англии считают, что их эффективность не доказана.

Можно выделить три основные причины острой диареи:

1. Алиментарные погрешности — индивидуальная непереносимость каких-либо продуктов, например, морепродуктов (т. к. содержат много серотонина).

2. Прием лекарственных средств, чаще антибиотик-ассоциированные диареи: возникает с приемом антибактериальных препаратов и прекращается с их отменой. Также на фоне приема антибиотиков, особенно у пожилых больных и у больных со сниженным иммунитетом, может развиваться псевдомембранозный колит, протекающий с лихорадкой, интоксикацией, стул с кровью, лейкоцитоз. Летальность при этом составляет до 10%.

3. Острые кишечные инфекции: среди острых диарей выделяют диарею резидента и диарею путешественника. Диарея резидента — это диарея у лиц, которые постоянно проживают в данной местности. У лиц, путешествующих по странам Африки, Азии и Среднего Востока, увеличивается частота острой диареи путешественника. Основные пути передачи инфекции: сырые овощи, сырая вода, морепродукты, неочищенные фрукты, не пастеризованное молоко. Дополнительными факторами развития диареи путешественника являются климатические особенности, смена характера питания, стресс. Основным возбудителем острой диареи путешественника являются энтеропатогенные штаммы кишечной палочки.

Так надо ли лечить острую диарею или нет? В 2001 г. в Голландии на симпозиуме по гастроэнтерологии была определена концепция, согласно которой диарея способствует освобождению от инфекционного агента. Это напоминает средневековье. Острую диарею лечить необходимо. Подходы к лечению зависят от того, есть ли тревожные симптомы (лихорадка, стул с кровью, рвота, симптомы обезвоживания), — в этом случае необходима госпитализация больного, бактериологическое обследование и, в зависимости от возбудителя, специфическое лечение. Если острая диарея протекает в легкой форме и тревожные симптомы отсутствуют, то возможно симптоматическое лечение, но в случае, если нет улучшения — все равно госпитализация.

Основные методы лечения:

1) Проведение регидратационной терапии особенно важно в лечении детей, ослабленных пациентов, больных пожилого возраста. У взрослых при нетяжелом течении прием напитков, богатых глюкозой и электролитами. Если нет регидрона, то в домашних условиях можно приготовить регидрирующий раствор: пакетик апельсинового сока + половина чайной ложки поваренной соли и чайная ложка питьевой соды. В этот раствор добавить воды до 1 литра.

2) Голод показан, если острая диарея сопровождается тошнотой и рвотой. У ослабленных детей с острой диареей раннее возобновление кормления способствует быстрому выздоровлению. В большинстве случаев целесообразно соблюдение легкой диеты (исключить жирную, острую пищу и продукты, стимулирующие перистальтику кишечника).

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

3) Применение антибактериальных препаратов нецелесообразно, т. к. чаще всего возбудитель не известен, и в большинстве случаев заболевание заканчивается самоизлечением. При диарее резидента в обычных условиях прием антибактериальных препаратов не показан. При умеренно тяжелой и тяжелой диарее путешественника, учитывая в большинстве случаев бактериальную природу диареи, антибактериальные препараты могут быть назначены короткими курсами 2—3 дня в комбинации с имодиумом, что способствует уменьшению продолжительности заболевания. Среди антибактериальных средств препаратами первого ряда являются фторхинолоны, второго ряда — котримоксазол. Макролиды, препараты тетрациклинового и пенициллинового ряда для лечения острой диареи не рекомендуются.

Следует помнить, что рак толстой кишки может проявиться не только кишечной непроходимостью, запорами, но и так называемой парадоксальной диареей. Существует простой признак, помогающий исключить секреторную диарею, — эффект голодания: при воздержании от пищи 2—3 дня любая диарея уменьшится, за исключением секреторной, т. к. она вызвана активной секрецией кишечника за счет имеющейся эндокринной опухоли.

Из хронических диарей наиболее часто (до 80%) встречается функциональная диарея (синдром раздраженного кишечника). В развитии синдрома раздраженного кишечника большое значение имеют психосоциальные факторы, наследственность. Стул чаще всего появляется утром после

завтрака, сочетается с метеоризмом (в литературе это получило название синдром утренней бури). Отмечаются головные боли по типу мигрени, ощущение кома при глотании, похолодание рук, больные не могут спать на левом боку из-за появления неприятных ощущений и т. д. При этом обращает на себя внимание отсутствие прогрессирования заболевания, несмотря на длительное течение, а также отсутствие тревожных симптомов. Для лечения функциональных диарей в первую очередь широко применяется препарат имодиум, но при этом дозировку необходимо подбирать индивидуально. Имодиум не показан в случае, когда мы имеем дело с инфекционным характером диареи (т. к. может возникнуть токсический парез кишечника), если диарея протекает в рамках неспецифического язвенного колита и если имеются нарушения пассажа по кишечнику. Остальные антидиарейные препараты имеют менее широкое значение.

Вопросы к докладчику.

Вопрос: Существует мнение, что индометацин можно использовать как антидиарейное средство. Как Вы к этому относитесь?

Ответ: После приема некоторых лекарственных препаратов может развиваться диарея, так на 1-м месте находятся антибактериальные средства, на 2-м — нестероидные противовоспалительные средства в т. ч. и индометацин. Однако индометацин можно использовать при диарее, но все зависит от ситуации.

Вопрос: Как Вы считаете, целиакия это болезнь детей?

Ответ: Целиакия встречается чаще у детей, но она может протекать в скрытой форме и проявиться только в среднем и пожилом возрасте. Следует заметить, что выявленная в детстве целиакия и во взрослом возрасте требует исключения из рациона питания продуктов, содержащих глютен.

Вопрос: Пробиотики можно назначать для лечения диареи?

Ответ: Научных доказательств эффективности применения пробиотиков нет. Однако собственный опыт показывает, что пациенты субъективно отмечают улучшения, поэтому в комплексной терапии диареи можно применять и пробиотики.

Вопрос: Адсорбенты можно применять при диарее?

Ответ: Да, можно, например, препарат смекта хорошо зарекомендовал себя при острой инфекционной диарее. Смекта оказывает положительное местное действие на слизеобразующие клетки толстого кишечника.

Вопрос: Применяют ли в настоящее время бактериофаги при лечении диареи?

Ответ Б.П. Богомолова: Бактериофаги, безусловно, применяются, особенно в детской практике. Детские инфекционные диареи своеобразные, они могут быть проявлением как эндогенной, так и экзогенной инфекции. Та надежда, которая возлагалась на бактериофаги раньше, себя не оправдывает. Бактериофаги являются средством резерва в лечении диареи, т. е. их можно назначать при антибактериальной резистентности штаммов, непереносимости препаратов.

Вопрос П.А. Воробьева: Диарея может быть полезна для организма?

Ответ А.А. Шептулина: Да, может при различных заболеваниях, в частности, при декомпенсированном циррозе печени с энцефалопатией. Для того, чтобы не задерживались

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 — обобщать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: диабетическая ретинопатия

Код по МКБ-10: H36.0

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 ноября 2004 г. № 269

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.005	Периметрия	1	1
A02.26.006	Кампиметрия	1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,5	1
A02.26.015	Тониметрия глаза	1	1
A02.26.014	Скиаскопия	0,2	1
A03.26.008	Рефрактометрия	0,8	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,2	1
A03.26.0002	Гониоскопия	0,1	1
A03.26.015	Тонография	0,1	1
A03.26.017	Локализация разрывов, инородных тел сетчатки	0,1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,2	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,2	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,2	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,2	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A03.26.003	Осмотр периферии глазного дна трехзеркальной линзой Гольдмана	0,1	1
A03.26.004	Офтальмохромоскопия	0,01	1
A03.26.005	Биомикрофотография глаза и его придаточного аппарата	0,001	1
A03.26.006	Флюоресцентная ангиография глаза	0,01	1
A03.26.007	Лазерная ретинометрия	0,01	1
A03.26.012	Исследование заднего эпителия роговицы (ЗЭР)	0,001	1
A04.26.001	Ультразвуковое исследование глазного яблока	0,01	1
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,01	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,01	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,01	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 КУРС — 3 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.005	Периметрия	0,2	1
A02.26.006	Кампиметрия	0,1	1
A02.26.015	Тониметрия глаза	1	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	1	1
A03.26.0002	Гониоскопия	0,1	1
A03.26.003	Осмотр периферии глазного дна трехзеркальной линзой Гольдмана	0,05	1
A03.26.005	Биомикрофотография глаза и его придаточного аппарата	0,001	1
A03.26.006	Флюоресцентная ангиография глаза	0,01	1
A03.26.007	Лазерная ретинометрия	0,01	1
A04.26.001	Ультразвуковое исследование глазного яблока	0,1	1
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,01	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,01	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,01	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	1	1
A12.26.003	Суточная тонометрия глаза	0,001	1
A11.26.011	Пара- и ретробульбарные инъекции	0,001	1
A17.26.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа зрения	0,001	10
A25.26.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях органов зрения	1	1
A23.26.001	Подбор очковой коррекции	1	1
A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна	0,1	1
A22.26.010	Панретиальная лазеркоагуляция	0,1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Одд**	ЭКД***
Лекарственные средства, используемые при офтальмологических заболеваниях, не обозначенные в других рубриках			1		
	<i>Стимуляторы регенерации и ретинопротекторы</i>		1		
		Этамзилат	0,2	0,75 г	60,0 г
		Метилэтилпиридинол	0,3	0,022 г	0,2 г
Витамины и минералы			0,5		
	<i>Витамины</i>		1		
		Тиамин	1	0,025 г	0,25 г
		Пиридоксин	1	0,05 г	0,5 г
		Аскорбиновая кислота	1	0,15 г	13,5 г

* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** — Ориентировочная дневная доза. *** — Эквивалентная курсовая доза.

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Нозологическая форма: диабетическая ретинопатия

Код по МКБ-10: H36.0

Фаза:

Стадия:

Осложнение: с осложнениями (гемофтальм, отслойка сетчатки)

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. РЕАБИЛИТАЦИЯ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.005	Периметрия	1	1
A02.26.006	Кампиметрия	1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,5	1
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,2	1
A03.26.002	Гониоскопия	0,1	1
A03.26.015	Тонография	0,1	1
A03.26.017	Локализация разрывов, инородных тел сетчатки	0,1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,2	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,2	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,2	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,2	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A03.26.003	Осмотр периферии глазного дна трехзеркальной линзой Гольдмана	0,1	1
A03.26.004	Офтальмохромоскопия	0,01	1
A03.26.005	Биомикрофотография глаза и его придаточного аппарата	0,001	1
A03.26.006	Флюоресцентная ангиография глаза	0,001	1
A03.26.007	Лазерная ретинометрия	0,001	
A03.26.012	Исследование заднего эпителия роговицы (ЗЭР)	0,001	1
A04.26.001	Ультразвуковое исследование глазного яблока	0,1	1
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,01	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,01	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,01	1

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 КУРС ЛЕЧЕНИЯ — 3 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	3
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	3
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	3
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	3
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	3
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	3
A02.26.004	Визометрия	1	3
A02.26.005	Периметрия	1	3
A02.26.006	Кампиметрия	1	3
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	3
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	1	3
A03.26.002	Гониоскопия	1	3
A03.26.003	Осмотр периферии глазного дна трехзеркальной линзой Гольдмана	0,001	3
A03.26.005	Биомикрофотография глаза и его придаточного аппарата	0,001	3
A03.26.006	Флюоресцентная ангиография глаза	0,001	3
A03.26.007	Лазерная ретинометрия	0,001	3
A04.26.001	Ультразвуковое исследование глазного яблока	0,01	3
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,001	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,001	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,001	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	3
A09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	1	3
A12.26.003	Суточная тонометрия глаза	0,001	1
A11.26.011	Пара- и ретробульбарные инъекции	0,001	3
A17.26.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа зрения	0,001	3
A25.26.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях органов зрения	1	3
A23.26.001	Подбор очковой коррекции	1	1
A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна	0,001	1
A22.26.010	Панретиальная лазеркоагуляция	0,001	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Одд**	ЭКД***
Лекарственные средства, используемые при офтальмологических заболеваниях, не обозначенные в других рубриках			1		
	<i>Стимуляторы регенерации и ретинопротекторы</i>		1		
		Этамзилат	0,2	0,75 г	60,0 г
		Метилэтилпиридинол	0,3	0,022 г	0,2 г
Витамины и минералы			1		
	<i>Витамины</i>		1		
		Тиамин	1	0,025 г	0,25 г
		Пиридоксин	1	0,05 г	0,5 г
		Аскорбиновая кислота	1	0,15 г	13,5 г

* — Анатомо-терапевтико-химическая классификация. ** — Ориентировочная дневная доза. *** — Эквивалентная курсовая доза.

Начало на стр. 7 ➔

токсические продукты в толстой кишке, больным индивидуально подбирается доза лактуозы до тех пор пока она не вызовет диарею. Это входит в комплекс лечения декомпенсированного цирроза печени с энцефалопатией.

Вопрос П.А. Воробьева: Как Вы относитесь к назначению антибактериальных препаратов вместе с противогрибковыми средствами?

Ответ В.Е. Ноникова: У многих врачей существует мнение, что, назначая антибактериальные препараты, необходимо сразу назначить противогрибковые препараты. Это неправильно, прикрывать надо только особые ситуации. Применение антибиотиков в течение нескольких дней, как правило, не требует прикрытия противогрибковыми препаратами. Противогрибковые препараты необходимо назначать, если появились клинические проявления грибковой

инфекции, если в мокроте обнаружены мицелии гриба *Candida*, или если грибы рода *Candida* выделены в 2-х или более средах. Мы часто говорим о том, что надо сделать, какие исследования провести для диагностики, и опускаем вторую сторону проблемы. А какие контрольные исследования должны быть проведены в период лечения или в период болезни? Так, при применении антибактериальных препаратов широкого спектра действия надо делать посевы из 2-х и более биосред. Если грибы рода *Candida* в моче, мокроте, кале, тогда можно применять противогрибковые препараты.

Заключение Б.П. Богомолова: Таким образом, проблема кишечной инфекции остается актуальной как в социальном отношении, так и в медицинском. Важно думать о последствиях заболевания и острый период проводить грамотно, потому что дебют может быть пищевой токсикоинфекцией, а финиш — неспецифическим язвенным колитом или другим хроническим заболеванием кишечника.

ЛИЧНОСТЬ

Алексей Александрович Остроумов родился в 1845 г. в Москве, в семье священника, настоятеля храма Пимена Великого в Воротниках. Рос мальчик в патриархальной московской среде и получил соответствующее воспитание. Но, окончив Московскую духовную семинарию, вопреки желанию отца не пошел по его стопам, а решил стать врачом. Несмотря на большие материальные трудности, возникшие вследствие протivления воле отца, он поступил на меди-

виноградного вина назначали *sternalum dulce* (сладкий сироп) — изготовление нашего аптекаря. Число сиделок было ограничено. Температурные измерения велись крайне неудовлетворительно. Аудитории не имелось вовсе, и лекции приходилось читать в больничных палатах; к концу лекции дышать было нечем: пришлось перейти в светлый конец длинного коридора. Потом в качестве аудитории была выбрана ванная, в которой целый год читались лекции.

ЦЕЛЫЙ ГОД ЛЕКЦИИ ЧИТАЛИСЬ В ВАННОЙ...

цинский факультет Московского университета, который окончил в 1870 г. Уже в студенческие годы юноша проявил склонность к научной и клинической работе и потому был в 1871 г. принят в ординатуру в клинику факультетской терапии виднейшего терапевта Г. Захарьина. Именно Григорий Антонович рекомендовал молодого доктора для подготовки к профессорской деятельности.

Клинические воззрения А.А. сложились под влиянием М.Я. Мудрова, Г.А. Захарьина, С.П. Боткина. В 1873 г. Остроумов с успехом защитил докторскую диссертацию «О происхождении первого тона сердца». Но в то время недостаточно было получить степень доктора медицины, чтобы занять должность профессора. С целью повышения уровня подготовки он был направлен за границу, где провел пять лет. Срок весьма длительный, ведь докторантов тогда направляли за рубеж обычно на два года. Алексей Александрович в совершенстве овладел методами клинической и общемедицинской подготовки. Очень много времени проводил в физиологических лабораториях, особенно в лаборатории Дж. Конгейма, исследуя иннервацию кровеносных сосудов и потовых желез. Результатом этой работы стало опубликование двух статей, сразу выдвинувших Остроумова в ряд передовых ученых своего времени. Эти работы являются классическими до настоящего времени.



А.А. ОСТРОУМОВ

организовал амбулаторию. Кстати, первая клиническая лаборатория была организована им у себя на дому.

По воспоминаниям его учеников, в частности А. Лангового, «первая лекция была прочитана А. Остроумовым при совершенно исключительных условиях. Тов. студенты в большом числе явились на лекцию нового преподавателя и с огромным интересом слушали то, что говорилось с кафедры. К концу первой лекции студенты уже были совершенно очарованы молодым профессором. Большой был разобран с такой полнотой, что запутанный случай стал для них вполне понятным и ясным. Язык лектора был простой, но в то же самое время яркий, образный, речь увлекательная, живая, и внимание слушателей ни на минуту не ослабевало. Успех молодого преподавателя был огромный и вполне заслуженный». Студенты потоком шли послушать преподавателя, который читал лекции неожиданно и ново. А лекции тогда были основным источником получения знаний.

Очень скоро Остроумов становится одним из видных терапевтов своего времени, а его школа занимает одно из первенствующих мест в Москве. Клиники медицинского факультета Московского университета разрастались, и к 1892 г. на Девичьем поле создается медицинский городок. Остроумов прилагает для его роста и, конечно, госпитальной клиники немало сил. Все свои знания, талант он посвящает организации самой современной и передовой терапевтической школы.

По воспоминаниям бывшего его ученика, хирурга А. Мартынова, имя которого носит клиника госпитальной хирургии, А.А. был человеком с твердым, независимым характером, правдивый и прямой. Эти свойства особенно ценились его товарищами, но и доставляли ему немало неприятностей во всех сферах его деятельности. Он был очень замкнутым человеком, но это не могло скрыть того, что с неудержимой силой прорывалось и поражало всех — это громадный природный ум, широта умственного кругозора, непринужденность и удивительная свобода полета мысли, наблюдательность, объективность и проницательность взглядов, позволявшие ему легко анализи-

Продолжение на стр. 8 ➔

ИнтерНьюс

Гормональные препараты, которые назначаются беременным женщинам, могут оказывать отрицательное влияние на мозг ее ребенка и последующие поколения детей

Исследование было проведено учеными из Университета Торонто. Глюкокортикоиды назначаются женщинам, имеющим высокий риск преждевременных родов. Недоношенные дети часто погибают из-за незрелости легких, связанной с отсутствием сурфактанта. Глюкокортикоиды ускоряют созревание сурфактанта, тем самым предупреждая тяжелые осложнения недоношенных.

Исследования проводились на морских свинках из-за сходства их плаценты с человеческой плацентой: вводили глюкокортикоиды беременным морским свинкам и отслеживали последующие поколения, сравнивая поведение потомков свинки с контрольной группой.

Оценивая результаты эксперимента, ученые обнаружили, что потомство морской свинки, получавшей гормональные препараты, страдало поведенческими нарушениями. Более того, отрицательное действие препарата распространялось также и на внуков морской свинки.

Исследователи считают, что в основе этого явления лежит способность глюкокортикоидов воздействовать на геном беременных морских свинок. Изменения сохраняются и передаются последующим поколениям морских свинок.

Выводы, сделанные при изучении морских свинок, не следует прямо переносить на людей. Вместе с тем имеются отдельные исследования, подтверждающие неблагоприятное воздействие глюкокортикоидов на развитие плода у беременных женщин и на последующее поведение ребенка.

Врачи для подстраховки нередко назначают неоправданные повторные курсы лечения. Следует помнить, что эти препараты имеют огромное количество побочных эффектов, в том числе, возможно, и на генетическом уровне. Исследователи рекомендуют врачам по возможности не злоупотреблять повторными курсами гормональных препаратов и тщательно взвешивать все «за» и «против» их назначения.

Источник: Медновости.ру

Небольшие разрывы плаценты ВИЧ+ беременной женщины могут позволить вирусу попасть из крови будущей мамы в организм новорожденного во время родов, что может привести к вертикальной передаче ВИЧ

В 2003 году С.Мешник, (Медицинская школа Чарлз Хилл, Университет Северной Каролины) провел исследование среди 149 беременных ВИЧ+ жительниц Малави. Каждая женщина получила одну дозу АРВ-препарата, чтобы сократить риск передачи ВИЧ от матери к ребенку. Потом исследователи измерили содержание в крови пуповины каждой женщины плацентарного протеина, который обычно слишком большой, чтобы пройти через плаценту. Ученые установили, что чем большим было это содержание, тем большим был риск родить ВИЧ+ ребенка. Исследователи отметили, что передача ВИЧ более вероятна во время родов в период схваток, а не когда ребенок находится в родовом канале. Уже давно известно, что ВИЧ+ женщина, которая рождает с помощью кесарева сечения до начала схваток, не передает вирус новорожденному, тогда как те, кому сделано кесарево сечение уже после начала родов, рожают детей с ВИЧ.

Источник: Likar.info

АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ

профессор П.А. Воробьев
Издательство "Ньюдиамед"

Пособие для практических врачей, которым необходимо решать диагностические и лечебные задачи у постели больного.

Последние достижения в данной сфере; основные закономерности патологии гемостаза; углубленные представления о патогенезе многих заболеваний; новые взгляды на терапевтические подходы; наиболее актуальные с практической точки зрения проблемы; самые сложные теоретические позиции — исчерпывающую информацию о современном состоянии дел с этой тяжелой патологией — студент, интерн, ординатор, практикующий врач найдет в этой книге.



ИнтерНьюс

Обзор рандомизированных, плацебо-контролируемых клинических испытаний показал, что три наиболее часто используемых статина имеют сходное кардиопротективное влияние

Д-р Ченг Зу (Университет МакГилл, Монреаль, Квебек, Канада) проанализировал результаты восьми клинических, плацебо-контролируемых, рандомизированных исследований правастатина, симвастатина и аторвастатина с конечными точками оценки эффективности в виде смертности и сердечно-сосудистой заболеваемости. Были изучены данные 63695 больных. Не было найдено достоверных различий между препаратами по снижению частоты смерти или нефатального инфаркта миокарда. Так, относительный риск для симвастатина против правастатина составлял 0,93, для аторвастатина против симвастатина — 0,84, для аторвастатина против правастатина — 0,79. Различий между статинами по влиянию на частоту фатального и нефатального инсульта, общую сердечно-сосудистую смертность или смертность от всех причин отмечено не было. Впрочем, доверительные интервалы для ряда парных сравнений были достаточно широкими, и необходимы дополнительные данные из текущих клинических и обсервационных исследований.

Источник:

Am. Heart. J. 2006; 151: 273-81

Штрих-код на сперматозоид

Громкий скандал произошел в Великобритании в 2002 году, когда у белой пары после ЭКО родились «смешанные» близнецы — в клинике перепутали образцы спермы и использовали сперму темнокожего отца из другой пары. Верховный суд тогда признал его право называться официальным отцом близнецов, правда, без права опеки. Подобные случаи происходят в Америке: жительнице Калифорнии выплатили миллион долларов за ошибочно пересаженный ей в матку чужой эмбрион.

Решение метить половые клетки британские специалисты по лечению бесплодия приняли для того, чтобы избежать неприятных инцидентов из-за возможной путаницы в исходном материале для экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Штрих-код будет наноситься на все контейнеры с биологическим материалом. Перед проведением ЭКО компьютер будет сличать идентичность кодов и подавать сигнал тревоги, если метки не совпадают. Возможно также использование радиометок.

Лондонские больницы уже используют систему штрих-кодов, например, для того, чтобы метить своих пациентов во избежание ошибок в назначении лекарств. Пациентам одевается специальный идентификационный браслет и таким образом больные «привязываются» к компьютеризированной системе раздачи лекарств. Аналогично можно метить донора крови и пакет с возвращаемыми ему его эритроцитами после отбора плазмы.

Источник:

Reuters

Начало на стр. 7 ➔

рывать вещи, почти скрытые от умственного взора большинства людей. По словам однокашника Остроумова, заведующего клиникой акушерства В. Снегирева, «он был любим аудиторией и товарищами за прямоту и правдивость, доходившие до высших пределов. По свойству своей натуры он был независим: кровный шестидесятник... Болезнь человека для него не была чуждой, и она как бы входила в него... Он поднял деятельность госпитальной терапевтической клиники, которая заняла первенствующее место. Это было в то время, когда на горизонте была другая звезда — профессор Захарьин, но одна не затмила другую».

Работы Остроумова 1873—79 касаются преимущественно вопросов физиологии: об иннервации кровеносных сосудов, потовых желез (1876) и др. Издал: «Тимпанический звук легких» («Моск. Врачебный Вестник» 1874—75), «Иннервация потоотделительных желез» (1876), «Случай рака желудка» («Протоколы физ. мед. общества» 1877), «О двух случаях цирроза печени вследствие задержания желчи» («Проток. моск. мед. общества» 1879), «О происхождении отека под влиянием нервов» (1879), «Случай трудной диагностики Брайтовой болезни» (1881), «О лечении катара желудка» (1882), «Острое заболевание почек, при одновременном увеличении сердца в утолщении артериальных стенок» (1884) и др. Беспорно, венцом наследия А.А. стали «Клинические лекции профессора А.Остроумова, записанные А. Шингаревым в 1893—1894 гг.» выдержавшие несколько переизданий.

А.А. был председателем Московского медицинского общества с 1879 по 1889 г. Он создал в клинической медицине свое собственное, оригинальное направление, которое в известном смысле можно назвать биологическим. Подчеркивая связь медицины с биологией, А.А. Остроумов обратил специальное внимание на изучение влияний на больного окружающей среды. «Цель клинического исследования, — говорил Остроумов, — изучить условия существования человеческого организма в среде, условия приспособления к ней и расстройства. Мы знаем из биологии, что среда, изменяя родовые свойства организма, дает ему новые свойства... соответствующие особенностям среды, путем подбора. Эти изменения среды могут быть благоприятными для существования — приспособления к среде, или вредными, уменьшая силу сопротивления организма». «Приспособление развивается в ряду поколений с передачей потомству крепости организации, устойчивости в данной среде. Не приспособление — болезнь — ведет к вымиранию непосредственному и в потомстве — с передачей частичной слабости некоторых органов, измененных средой, и общей слабости организации» «Предметом нашего (т. е. клиницистов) изучения служит больной человек, нормальная жизнь которого нарушена условием существования его в среде» («Клинические лекции» 1895). А.А. энергично указывал на необходимость устранения вредных влияний среды на человеческий организм в качестве главного способа борьбы с болезнями.

Крупнейшей заслугой А.А. Остроумова является изучение им проблемы наследственности во внутренней патологии. Им был разработан оригинальный способ углубленного анализа семьи больного с точки зрения оценки наследственности в связи с влиянием среды. А.А. Остроумов признавал передачу по наследству приобретенных свойств, полученных человеческим организмом в результате воздействия внешних факторов (правда, о генетике в его время не знали практически ничего).

А.А. в замечательной форме выразил идею о взаимосвязи функций органов, о сущности патологического процесса как процесса, изменяющего организм в целом. «Организм — целое, расстройство одной части отражается на всем организме изменениями жизнедеятельности других его частей, поэтому ослабление одного органа расстраивает весь организм». «Все отправления органов так тесно связаны между собою, что с какого бы органа вы ни начали изучать функции и строение организма, необходимо исследовать весь организм». Это звучит особенно актуально в наш век расчленения больного по «специалистам», в век отсутствия целостного представления о пациенте — гештальт-медицины.

В отечественной внутренней медицине А.А. Остроумова следует считать основателем учения о роли в патологии мак-

роорганизма, его конституциональных особенностей. Он подчеркивал значение реактивных свойств организма и его органов, определяющих развитие или преодоление болезни.

Клиницист А.А. Остроумов внес крупный вклад в физиологию, открыв существование сосудорасширяющих нервов. Передовая русская клиника глубоко освоила физиологический метод, став в известном смысле «клинической физиологией». Имя Остроумова с 1895 г. носит синдром: типичная форма психогенных дыхательных расстройств, наблюдающихся у больных невротами и характеризующихся «голодом воздуха». В связи с этим для преодоления ощущения дефицита воздуха, больные форсируют дыхательные движения, делают более глубокие вдохи, что приводит к искусственной гипервентиляции и появлению таких ощущений, как головокружение, тошнота и пугающая больного потребность во вдохе.

Название Септический эндокардит (endocarditis septica) — предложил А.А. и А.П. Ланговой. А.А. Остроумов выступал в защиту неразрывной связи теории с практикой, подчеркивал громадное значение физики, химии, биологии для развития клинической медицины и тесной связи последней с патологией, физиологией. Он разработал принципы этиологической, симптоматической и патогенетической терапии; детально разработал клинику ранних форм туберкулеза легких, течение атипических форм брюшного тифа, установив его полиморфизм.

К 1900 г. условия работы на факультете становятся довольно жесткими, идет давление на профессорско-преподавательский состав, снижается студенческое самоуправление. В знак несогласия с администрацией Алексей Александрович уходит с кафедры. Формально до самой своей смерти оставаясь заведующим кафедрой, фактически он навсегда покидает ее, уезжает в Сухум, где лечится и активно занимается общественной и медицинской деятельностью. Много сделал он для развития Сухума как климатического курорта, на собственные средства построил там родильный дом. Умер А.А. 11(24).7.1908 в Москве от «саркомы груди». Похоронен в Новодевичьем монастыре.

Остроумов стал одним из основоположников отечественной внутренней медицины, воспринявшим и творчески переосмыслившим лучшие традиции отечественной и зарубежной науки. В работе о русских терапевтических школах Д.Д. Плетнев замечал: «Боткин, Захарьин, Остроумов — каждый из них классик, но классик с ярко выраженными личными особенностями. Боткин — клиницист-физиолог, Захарьин — клиницист-эмпирик, Остроумов — клиницист-биолог. Его работы и лекции не сверкают тем количеством научных гипотез и обобщений, которыми так богат Боткин, но в одном он пошел дальше Боткина и всех современных ему клиницистов. Он встал на путь биологии».

С. Мицкевич вспоминал, что Остроумов предостерегал от переоценки данных лабораторных анализов, на первый план выдвигая тщательное наблюдение особенностей течения болезни у конкретного больного. В то время бактериология делала большие успехи, и у некоторых врачей появлялся соблазн перенести центр тяжести на лабораторные анализы, а наблюдения у кровати больного отодвинуть на второе место. Это актуально и ныне, при обширных возможностях инструментальных и лабораторных исследований. В этом случае мы можем оторваться от клиники, о чем нас предупреждал Остроумов. Конечно же, он был блестящим клиницистом, умеющим поставить диагноз в самых запутанных случаях. Под руководством А.А. в 1899 г. Н. Кабанов выпускает диссертацию «Роль наследственности в этиологии болезней внутренних органов».

Кроме этого, являясь одним из корифеев клинической медицины, Остроумов создал свою терапевтическую школу. Его ученики трудились по всей России, среди них известные профессора — А. Ланговой, В. Шуровский, Э. Готье, В. Воробьев, Н. Кабанов, Д. Бурмин и другие.

Безусловно, не оценимо значение Остроумова как основателя и первого директора клиники госпитальной терапии на Девичьем поле. В 1944г. в годовщину 100-летия со дня его рождения клинике было присвоено его имя.

*По работам
Л.И. Ольбинской, В.Ершова
подготовила Анна Власова*

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

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Болезнь (синдром) Ослера—Рандю—Вебера (V. Osler, англ. врач. 1849—1919; H.J. Rendu, франц. врач, 1844—1902, синонимы: семейная наследственная телеангиэктазия; наследственная геморрагическая телеангиэктазия; геморрагический ангиоматоз) относительно редкое наследственное заболевание, обусловленное неполноценностью соединительной ткани стенок венул и капилляров, проявляющейся их локальным расширением и геморрагиями. Одновременно, как правило, имеется нарушения агрегации тромбоцитов.

Болезнь наследуется по аутосомно-доминантному типу. В большинстве случаев отмечается гетерозиготная форма болезни, гомозиготная форма (имеющая плохой прогноз) встречается очень редко. Телеангиэктазы могут наблюдаться на слизистых (желудочно-кишечного, мочевого, полового трактов) и серозных оболочках, коже, во внутренних органах (легких, печени, селезенке, почках), в костях (позвонки). Гистологически определяют синусообразные расширения сосудов, тонкие стенки которых состоят из эндотелиальных клеток и рыхлой соединительной ткани.

Клиническая картина описана на примере больного Р., 79 лет. Диагноз болезни Рандю—Ослера был выставлен бабушке пациента и внучке. У больного он впервые был установлен в 8-летнем возрасте, когда начали формироваться телеангиэктазии на коже лица (крылья носа, щеки, мочки ушных раковин). В последствии заболевание прогрессировало, количество телеангиэктазий увеличивалось, кровотечения из носовой полости учащались и усиливались, происходили при незначительной травме. Больной неоднократно госпитализировался в стационары по поводу профузных, не связанных с внешними причинами носовых кровотечений; однократно — в связи с легочным кровотечением (клинически проявляющимся кровохарканьем); желудочно-кишечным кровотечением (рвота «кофейной гущей» мелена). В стационарах проводилось консервативное лечение, предлагались радикальные оперативные вмешательства, от которых пациент отказывался. Амбулаторно регулярно принимает препараты железа, этамзилат, самостоятельно производит тампонаду носа с раствором перекиси водорода, промывание носовой полости аминокaproновой кислотой.

На момент осмотра пациент гиперстенического телосложения, повышенного питания. Многочисленные телеангиэктазии на слизистой оболочке губ, десен, языка; на лице — щеки, крылья носа, мочки ушных раковин; на туловище — верхняя половина грудной клетки, спины, верхние конечности. Пастозность стоп, голени. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 85 в мин, АД 160/90 мм рт. ст. В легких на фоне дыхания с жестким оттенком выслушиваются рассеянные сухие хрипы, ЧДД 20 в мин. Живот увеличен в объеме за счет подкожножировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, печень увеличена на 4 см. Физиологические отправления: склонность к запорам, дизурические явления (частое, малыми порциями мочеиспускание). По данным лабораторных исследований: гемоглобин 97 Г/л,

лейкоциты $8,1 \cdot 10^9$ /л, РОЭ 18 мм/час, общий белок 66 г/л, АЛТ 25МЕ, АСТ 36МЕ, ЛДГ 559МЕ. При гастроскопии на слизистой желудка выявлены многочисленные телеангиэктазии, выставлен диагноз геморрагического гастрита.

Следует отметить, что в крови у больных синдромом Рандю—Ослера выявляют гипохромную микроцитарную железодефицитную анемию, а после обильных кровотечений — ретикулоцитоз, тромбоцитоз. Характерно отсутствие отклонений тестов коагуляционного гемостаза, что является основанием для проведения дифференциального диагноза с рядом наследственных, мягко протекающих коагулопатий, например, болезнью Виллебранда.

Считают, что раздражающие по косметическим соображениям или часто кровоточащие кожные поражения можно лечить с помощью лазерного воздействия. Коагуляция телеангиэктазий носа приносит лишь временное облегчение. Классической терапией для легочных артериовенозных пороков была резекция; в настоящее время методом выбора является эмболизация питающих сосудов с помощью спиралей или отделяемых надувных баллонов. Все пациенты с легочными артериовенозными пороками перед выполнением процедур, которые могут вызвать бактериемию, должны получить профилактическое лечение антибиотиками.

Опасную кровопотерю при кишечных телеангиэктазах можно лечить с помощью комбинации низких доз эстрогена и прогестогена, механизм действия которой неизвестен, однако снижение потребности в переливании крови при ее использовании доказано.

Результаты эндоскопического лазерного лечения не оправдывают ожиданий, и лечение больших телеангиэктазий в печени должно быть консервативным. Есть сомнения в том, следует ли лечить бессимптомные поражения нервной системы, так как высказываются различные предположения относительно соотношения риска кровотечения и хирургических рисков.

Для лечения телеангиэктазий также могут быть применены различные способы: хирургия, эмболизация и стереотаксическая радиохирургия с применением рентгеновского излучения.

Таким образом, синдром Рандю—Ослера представляет собой заболевание со значительным риском развития потенциально опасных осложнений. Пациенты могут обращаться к разным специалистам, и очень важно понять, что это заболевание может распространяться на области, находящиеся за пределами той, с которой связаны начальные жалобы. В связи с преобладанием легочных и церебральных телеангиэктазий и новых возможностей эндоваскулярных операций все пациенты должны проходить скрининг на их наличие, а родственники пациентов с должны быть обследованы на это заболевание.

А.А. Доркина

Клинический ординатор кафедры гематологии и гериатрии ФППО ММА им. И.М. Сеченова

Болезнь Рандю—Ослера



ИнтерНьюс

Принципиально новый метод борьбы с муковисцидозом

Муковисцидоз — это тяжелое заболевание, которое проявляется в раннем детском возрасте и связано с нарушениями образования экскретов. Носителями дефектного гена муковисцидоза является каждый 20-й житель планеты, однако заболевание возникает у ребенка лишь в том случае, если он получает дефектные гены от обоих родителей. Согласно статистике, в Москве ежегодно рождается 50 детей, больных муковисцидозом. Средняя продолжительность жизни больных в России в среднем составляет 16 лет.

Исследование проводилось в Университете Северной Каролины и Сиднейском университете. Ученые из США протестировали солевые ингаляции на небольшой (24 человека) группе больных муковисцидозом. Ингаляции 7% раствора хлорида натрия проводились 4 раза в день. В процессе лечения оценивался отток слюны и функции легких. Результаты исследования показали, что, благодаря своему осмотическому действию, гипертонический солевой раствор улучшает отток слюны и улучшает функцию легких.

В австралийском исследовании, которое продолжалось почти год, принимали участие 164 больных муковисцидозом в возрасте старше 6 лет. Больных разделили на 2 группы, одна из которых (контрольная), помимо обычного лечения получала ежедневные ингаляции 0,9% раствора хлорида натрия, другой назначались ингаляции 7% солевого раствора. Результаты исследования позволили ученым из Сиднейского университета сделать выводы о преимуществе 7% солевого раствора, аналогичные выводам американских коллег. В заключении австралийские исследователи отметили, что гипертонический солевой раствор, который применяется после бронходилататора, является недорогим эффективным и безопасным методом лечения муковисцидоза и может применяться наряду с основной терапией.

Источник: Medportal.ru

Во многих случаях детский церебральный паралич не связан с родовой травмой нервной системы, как это считалось до настоящего времени, а является следствием инфекционного процесса

Предполагается, что ДЦП может возникать в результате внутриутробного воздействия вирусов (например, вируса герпеса) до или сразу после рождения. Таким образом, часто именно инфекция является своеобразным спусковым крючком для развития поражения нервной ткани, а не родовая травма.

По мнению ученых, своевременная вакцинация женщин детородного возраста против ряда вирусных инфекций может предотвратить многие случаи ДЦП. К такому выводу исследователи пришли на основании вирусологического исследования 443 детей с ДЦП и 883 малышей без церебрального паралича.

Установлено что вирус герпеса, относящийся к группе В, существенно чаще встречался в группе детей, страдающих ДЦП.

Источник: British Medical Journal

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.



МНОГОЛИКАЯ ГЕМОФИЛИЯ

Ю.Н. Андреев

Издательство Ньюдиамед

2006 г.

Книга написана профессором Ю.Н. Андреевым — человеком, всю свою жизнь посвятившим спасению больных с нарушениями свертывания крови, большая часть из которых — дети. Он создал целую школу по подготовке специалистов для лечения пациентов с гемофилией. Впервые в стране начал выполнять эндопротезирование суставов у этих больных. Своим богатым опытом Юрий Николаевич делится на страницах книги. Принципам современного лечения и профилактики осложненной гемофилии предшествуют история «царской болезни», особенности наследования ее. Теоретическая часть сопровождается большим количеством фотографий.

Книга написана живым литературным языком. Интересна для врачей многих специальностей.

АНТИРЕКЛАМА

Страдающие «драпетоманией» чернокожие рабы Американского Юга; «истерички» — женщины Европы и Америки; «неизлечимые недочеловеки» нацистской Германии; инакомыслящие «социально опасные идиоты и вялотекущие шизофреники» в СССР — самые незащищенные группы населения последовательно становились жертвами психиатрии на протяжении последних трехсот лет по всему миру. В 2006 году к этому скорбному списку могут присоединиться непослушные российские дети.

Вслед за западными коллегами российские психиатры разворачивают в России массовую кампанию по навязыванию детям нашей страны диагноза «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью». Новой мишенью психиатрической диагностики становятся дети, которые вертятся на уроках, забывают ручки, карандаши и тетради, теряют игрушки и вообще тихо не сидят.

Когда-то это было поведением. За него ставили в угол или, в худшем случае, лишали мороженого. Сегодня психиатры называют это заболеванием и «лечат» его мощными психоактивными веществами, включая нейрореплетики, психостимуляторы, по воздействию на человека аналогичные уличным наркотикам, а также новейшие антидепрессанты, провоцирующие самоубийства.

Вот факты, обнаруженные лишь в самое последнее время: 9 февраля этого года экспертный комитет Управления по пищевым продуктам и лекарствам (FDA) США распорядился, что все препараты, используемые для лечения «Синдрома дефицита внимания с гиперактивностью», должны иметь на этикетке предупреждение в черной рамке — о том, что эти препараты способны вызывать у детей неожиданную смерть, а также проблемы сердечнососудистой системы, включая инсульты и инфаркты. FDA собрала сведения о 25 случаях гибели детей и о 54 случаях тяжелых сердечных заболеваний, вызванных приемом препаратов от СДВГ.

Эксперты указывают, что FDA становятся известны лишь от одного до десяти случаев гибели пациентов в результате приема медикаментов. 16 февраля 2006 года известный шведский журналист сообщил, что, по данным Британского ведомства по контролю над лекарствами, в течение месяца — с 23 сентября по 25 октября 2005 года — популярный на Западе препарат для «лечения» СДВГ вызвал 130 проявлений склонности к самоубийству среди тех, кто им «лечился». Журналист сообщил о 20 самоубийствах, 760 случаев нарушений рабо-

ты сердца, 172 случаях повреждения печени вследствие приема препарата. Исследование, проведенное производителем препарата, показало, что пациенты, принимавшие вместо него плацебо, не испытывали импульсов убить себя.

Навязывание детям высосанных из пальца психиатрических диагнозов, за которыми следует массовое назначение вызывающих привыкание дорогостоящих психотропных веществ — хорошо продуманная стратегия по контролю умов и кошмаров населения планеты.

Российские дети — далеко не первая мишень психиатрической диагностики, за которой следуют смертоносные — без кавычек — «лечебные меры».

Когда рабовладельцам американского Юга требовалось удержать рабов от массовых побегов с плантаций, психиатр Сэмюэль Картрайт «обнаружил», что к бегству раба побуждает психическая болезнь под названием «драпетомания». В качестве лечения предлагалось «выбить дьявола из беглеца кнутом».

Когда женщины, несколько столетий бывшие полной собственностью мужа, вдруг обнаружили, что ежедневно они принимают десятки решений, которые раньше принимали мужчины, и осознали, что их статус

унизителен, — психиатрия «объяснила» невысказанное возмущение женщины психическим заболеванием под названием «истерия», которая вызывается «блужданием матки». В качестве лечения были предложены обливания холодной водой, различные шоковые меры, принудительная госпитализация, сдавливание половых органов с помощью специальных устройств, напоминающих сегодня пыточный станок.

Когда немецкий политик, мечтавший о «совершенной арийской расе» в Германии, пришел к власти, психиатрия обнаружила, что множество немцев, не подпадающих под стандарты совершенства, «неизлечимо больны». На этот раз психиатрия предложила не радикальную ди-

агностику, а радикальные лечебные меры. Сначала это была стерилизация, затем — умерщвление «неизлечимых» в газовых камерах.

В 1987 году психиатры нацелились

на школьников, предложив для неудач педагогики новый «диагноз» — синдром дефицита внимания и гиперактивности.

В результате сегодня по всему миру около 17 миллионов школьников и дошколят принимают мощные психотропные препараты для «коррекции» так называемых «расстройств поведения».

Теперь этот постыдный маркетинг наркотиков среди малышей и подростков грозит захлестнуть и Россию. Психиатры утверждают, что в их помощи от этого мифического заболевания «нуждаются» десять процентов российских детишек.

ЭТО ЛОЖЬ.

ЕЕ СЛЕДУЕТ РАЗОБЛАЧИТЬ ДО ТОГО, КАК ОНА ИЗЛОМАЕТ МИЛЛИОНЫ ЖИЗНЕЙ.

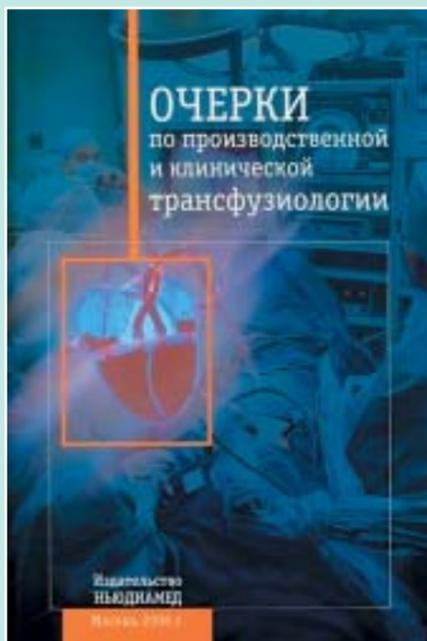
Гражданская комиссия по правам человека России призывает средства массовой информации, правозащитные группы, родительские организации и всех тех, кому безразлично ближайшее будущее наших дошколят и школьников, пресечь историю убийств, продолжаемую проворной группкой псевдоврачей.

Международная Гражданская комиссия по правам человека

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ РАБСТВО: ИСТОРИЯ УБИЙСТВ ДОБРАЛАСЬ ДО РОССИЙСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под ред. Воробьева А.И.
Издательство Ньюдиамед
2006 г.



Книга создана преимущественно сотрудниками Гематологического научного центра РАМН под руководством академика А.И. Воробьева. Это отчет о сложном и славном пути развития трансфузиологии за последние десятилетия. Главные победы на этом пути — спасение сотен тысяч, миллионов жизней пациентов, погибших от кровопотери: и раненых на фронте, и пострадавших в катастрофах и многих, многих других. Книга — не руководство в полном смысле этого слова, а лишь очерки, освещающие наиболее острые и актуальные проблемы современной трансфузиологии: трансфузионная терапия острой массивной кровопотери, кровотечений родильниц, трансфузионная терапия наследственных и приобретенных нарушений свертывания крови, инфузионная терапия септического шока, особенности заместительной трансфузионной терапии в онкологии, искусственное питание, плазмаферез и другие методы экстракорпорального воздействия на кровь, стандартизация и управление качеством в службе крови.

Очерки предназначены для врачей трансфузиологов, хирургов, реаниматологов, врачей отделений интенсивной терапии, сотрудников станций переливания крови, студентов и ординаторов.

Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести:

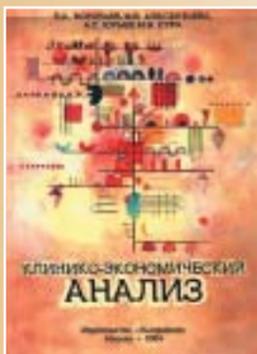
- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

SCHWARZ PHARMA

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

ВАЗОНИТ® 600 мг ретард

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 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.

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), 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. Голин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Калыев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Моклин, 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. Синопольников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожак, 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 геронтологии

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.