



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июнь 2005

№ 8

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Тема «неболезней», поднятая несколько лет назад, внезапно получила новое звучание: ее стали обсуждать. Стало очевидным, что болезней гораздо больше, чем предполагалось вначале. И что они гораздо глубже вошли в нашу профессиональную жизнь. Но обо всем по порядку.

Неболезнь — выдуманная болезнь, та болезнь, которой нет. Если чего-то нет, то зачем это рассматривать? Да просто потому, что болезни лечат, за ними — коммерческие интересы.

Оказалось, что в этой проблеме есть три пересекающиеся плоскости: болезнь с философской точки зрения, когда вообще не всегда сразу можно понять существование чего бы то ни было интереса, болезнь с точки зрения глобальных интересов, где конкретные финансы не столь очевидны, но их можно предположить, и, наконец, очевидный обман с целью получения денег из конкретных пациентов.

Возьмем первую плоскость. К болезням можно отнести «язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки». Эта патология известна лишь всем отечественным врачам, но никому в мире неизвестна, ее нет в МКБ-10. Источник ошибки — ложное толкование «Павловского учения», невизма: все болезни от стресса, а язва — от нервов. Правда, язва 12-перстной кишки доминантно наследуется, но это не смущает никого. Она никогда не перерождается в рак, что бывает при язве желудка в 10% случаев, она сезонная — но эти различия не столь существенны: болезнь для врачей одна. Так она и кочует из истории в амбулаторную карту и обратно. «Лечи не болезнь, а больного...».

Следующая «философская болезнь» — ишемическая болезнь сердца — ИБС. Если открыть МКБ-10, то там такой болезни нет: в подлиннике, изданном ВОЗ на английском языке, это группа «Ишемические болезни сердца», куда относятся стенокардия, инфаркт миокарда и др. В русском переводе множество число было потеряно. Пустячок, но приятно, нам привычно и понятно.

Пробую дать определение ИБС — а это должно быть «общность патогенеза и клинических проявлений, общие подходы к лечению» — ничего не получается. Патогенетически про ишемию миокарда говорить можно, но на самом деле инфаркт — это тромбоз, стенокардия — неадекватный баланс кровоснабжения и потребности в кислороде. Если говорить про боли в сердце — то добрую сотню болезней объединяет этот признак, а характер более их различает (что и позволяет строить врачу диагностическую гипотезу). Признаки ИБС на ЭКГ — они различны при стенокардии и инфаркте. Лечебная тактика, прогноз — ничего нет общего, чтобы позволило бы свести эти заболевания к единой нозологической форме.

Единственное, что объединяет эти болезни — прием аспирина и гипохолестеринемических средств. Впрочем, их применение более целесообразно связывать с атеросклерозом. Наконец, диагноз «ИБС» открывает ворота для всякого рода «метаболической» терапии, которая не обладает никакими доказательствами эффективности, но именно потому так активно пропагандируется.

Еще известные болезни: остеоартроз, остеохондроз и остеопороз. Эти возрастные изменения могут сопровождаться определенной клинической картиной, могут являться факторами риска (например — переломов). Но обычно это инструментальная находка у всех здоровых старше определенного возраста. Обнаружение остеохондроза позвоночника ничего не добавляет к диагнозу «радикулит», а остеопороза — к перелому шейки бедренной кости. Где

есть три пересекающиеся плоскости: болезнь с философской точки зрения, когда вообще не всегда сразу можно понять существование чего бы то ни было интереса, болезнь с точки зрения глобальных интересов, где конкретные финансы не столь очевидны, но их можно предположить, и, наконец, очевидный обман с целью получения денег из конкретных пациентов

граница между состоянием и заболеванием — вопрос в значительной мере риторический, но сегодня — в век бурного развития диагностических параклинических возможностей — придется на него отвечать. По всей строгости, иначе будем заниматься профилактикой несуществующих болезней.

Второй пласт — глобальное вождение за нос доверчивой публики с хорошим выходом коммерческой продукции. Здесь стойко первое место занимают различные инфекции. Например, недавняя история с «ати-

пичной пневмонией»: возможно, что выявленный вирус и вызывает тяжелое заболевание легких, но только вот умерших оказалось всего человек 8—15 (во всяком случае, зарегистрированных ВОЗ случаев смерти от «атипичной пневмонии» не больше 20). Для сравнения — от вирусных и бактериальных инфекций дыхательных путей в нашей стране ежегодно умирает около 40 тысяч человек. Конечно, среди этих больных есть и больные с атипичными формами заболевания, например — болезнь легионеров, микоплазменная пневмония и т. д. Это действительно тяжелые заболевания, которые трудно диагностировать, но можно эффективно лечить. Но нельзя «сделать» на этом деньги.

За истерией «атипичной пневмонии» просматривается сразу несколько «моне-

тизирующих» эффектов. Во-первых, в этот момент начались боевые действия в Ираке и, следовательно, возможно, снизилась потенциальность Турции и арабских стран для туристов. Атипичная пневмония поставила крест на туристической привлекательности Юго-Восточной Азии. Доказательств тому нет, но уж очень все сошлось вдруг.

Второй элемент дохода — средства асептики и антисептики (тысячи тонн вылили на поезда и самолеты), марля, одноразовые маски. Наверное никто не сосчитал, сколько стоили все эти усилия, никто так и не сказал честно, что деньги эти были выпущены на ветер. Похожая ситуация с коровьим бешенством: сколько коров уничтожили, а случаев заражения человека нет.

Не надо только видеть за сказанными попытками борьбы с эпидемиологами. Эти специалисты спасли миллионы жизней, способствовали тому, чтобы многие болезни исчезли из врачебной практики. Эпидемиологам верят безоговорочно — еще бы, простыми способами они избавляют человечество от инфекционной опасности. Но где гарантии, что некоторые товарищи-эпидемиологи не выдумывают страхи и не заражают ими доверчивых граждан. Вместо бактерий и вирусов. Очень подозрителен поход в прессу.

Эпидемиологам верят безоговорочно — еще бы, простыми способами они избавляют человечество от инфекционной опасности. Но где гарантии, что некоторые товарищи-эпидемиологи не выдумывают страхи и не заражают ими доверчивых граждан. Вместо бактерий и вирусов. Очень подозрителен поход в прессу.

ты: есть возбудитель (об этом никто не спорит), возможно есть и некая симптоматика, но вызывается ли симптоматика этим возбудителем — не ясно. Хлами-

дии, вирус герпеса, гепатита — все эти возбудители могут вызывать болезни, но с ними часто и необоснованно связывают и выдуманные болезни.

Здесь мы переходим к третьей плоскости: простого объема денег у пациентов с использованием обмана. Эти болезни зависят от образованности, фантазии и наглости врачей, выдумывающих болезни. Здесь повсюду процветает импотенция, как следствие простатита и аденомы простаты, которая, оказывается, есть у половины мужчин после 40 лет. Даже УЗИ не надо — есть аденома,

и все тут. Или сниженный иммунитет — зачем вам статус иммунный, сейчас мы вам заглянем в глаз — и точно скажем, как лечиться. И чем. Или, как советует академик В. Н. Шабалин, директор института геронтологии, высушим каплю крови (мочи, слюны, слезы и т. д.), посмотрим под микроскопом, как там трещинки легли и скажем, что у больного «некробиотический и склеротический процесс в ткани почек», или определим «адаптационные резервы организма». Не смейтесь, это все из методичек, которые утверждал уважаемый академик в Минздраве.

Академик Шабалин — тема отдельного разговора, приведу лишь одну его цитату из объемного труда по геронтологии: «В последнее время «общую любовь» к человеку эволюция начала концентрировать на представителях старшего возраста. Для реализации установок интеллектуальной эволюции возникает особая потребность в лицах старшего возраста — носителей больших объемов высшей специализированной информации. Предполагается что мыслящая

материя в эволюционном поиске оптимального (идеального) варианта своей организации должна перейти от полисистемного (индивидуализированного) способа организации к единой объединенной системе с подсистемными составляющими. Безусловно, человечество как вид является промежуточной формой развития живой материи и со временем уйдет со сцены эволюционного процесса, но данное направление является перспективным». Как видите, перспективы у нас не блестящие. Но пока мы еще есть, поборемся.

Среди болезней — окислительные стрессы, ускоренное старение, ожирение, облысение, недостаточность мозгового кровообращения и т. д. и т. п. Между реальной болезнью и болезнью всегда есть граница, опытный врач ее нащупывает, а вымогатель — использует незнания пациента в корыстных целях.

с абсолютно очерченными характеристиками. Но уже «добросовестный» профессор, то ли Трепушков, то ли Теплушков, «специалист по стволовым клеткам», а точнее, по обману с их помощью, обещает через газету вылечить бедную пациентку с этой неизлечимой пока патологией. Зачем через газету? — так ведь бесплатная реклама. У профессора и возглавляемого им «института» нет лицензии с разрешением на занятие такой деятельностью — не важно. То, что нет разрешенных технологий лечения с помощью стволовых клеток (кроме трансплантации их при лейкозах и опухолях вместо уничтожаемого облучением и химически собственного костного мозга) — роли не играет. Деньги, деньги давай.

Таким образом, главным признаком «неболезни» следует считать выгоду — прямую или потенциальную, отсутствие четких критериев и признаков заболевания, нетрадиционные методы лечения. И, главное — реклама, двигатель прожорливых лжеболезней.

Главный редактор П. А. Воробьев

ПРЯМАЯ РЕЧЬ



НЕБОЛЕЗНЬ — попытка научного осмысления

ИнтерНьюс

В Минздравсоцразвития работала «горячая линия» монетизации льгот

В период с 14.01.05 г. по 10.02.05 г. в Минздравсоцразвития работала «горячая линия» монетизации льгот. Линия работала ежедневно без перерыва на обед. Ежедневно каждый сотрудник за 5 часов отвечал на 75—90 звонков (ежедневное количество звонков всей смены — 5000). География звонков — с запада на восток от г. Калининграда до г. Магадана, с севера на юг — от г. Нарьян-Мара до г. Омск и Горно-Алтайск. Характер звонков — монетизация обеспечения населения льготными лекарствами — 45%, комплекс жилищно-коммунальных вопросов — 35%, транспорта и связи — 20%.

По задаваемым вопросам очевидно, что готовность в субъектах Федерации к внедрению монетизации льгот по всем вышеуказанным направлениям составила не более 30—40%.

Города-мегаполисы в условиях России для исполнения приказа Минздравсоцразвития РФ № 296 от 02.12.2004 г. и дополнения к нему (приказ № 321 от 24.12.2004 г.) «Об утверждении перечня лекарственных средств» были готовы: Москва на 60%, Самара на 50%, Казань на 50%, Новосибирск на 45%, Волгоград на 40%, Красноярск на 35%, Краснодар и Санкт-Петербург на 30%; г. Хабаровск, Владивосток, Магадан, Южно-Сахалинск на 20—25%. Обеспеченность льготными лекарствами по бесплатным рецептам в сельской местности соответствовала своим региональным центрам, а в ряде случаев была ниже.

Не касаясь вопросов монетизации социальной сферы, в период работы на горячей линии можно сделать вывод о том, что монетизация льгот в лекарственном обращении отставала в своем внедрении по целому ряду позиций от спроса со стороны городского и сельского населения субъектов Федерации в России.

Естественно, множество вышеуказанных проблем было связано с недостаточной информированностью работников аптек, врачей и населения.

*Отвечал на вопросы
Руководитель сектора ФГУ «НЦЭСМП»
Минздравсоцразвития,
доцент П. М. Барышев*

Распределение жировой ткани в организме влияет на долгосрочную смертность от инсульта у мужчин среднего возраста

Независимо от исходного индекса массы тела, распределение жировой ткани в организме влияет на долгосрочную смертность от инсульта у мужчин среднего возраста. По мнению д-ра Давида Тана и его коллег (Медицинский Центр Chaim Sheba, Tel-Hashomer, Израиль) избыточный вес — важный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, однако связь между избыточным весом, распределением жировой ткани и риском инсульта до настоящего времени остается мало изученной.

Авторы проанализировали данные 8638 мужчин, у которых индекс массы тела и распределение жировой ткани в организме определялись исходно, еще до развития каких-либо сердечно-сосудистых заболеваний. Показателем общего и абдоминального ожирения служила толщина кожной складки у угла лопатки, показателем преобладания абдоминального или периферического ожирения — отношение толщины кожных складок у угла лопатки и в области трицепса.

За 23 года наблюдения фатальный инсульт был зарегистрирован в 316 случаях, смерть от ИБС — в 865 случаях. Стандартизованный по возрасту риск фатального инсульта повышался с увеличением толщины кожной складки у угла лопатки или индекса массы тела, однако эта ассоциация ослабевала после поправки на уровень артериального давления. Напротив, связь между увеличением отношения толщины кожных складок у угла лопатки и в области трицепса и повышением риска смерти от инсульта оставалась статистически значимой даже после поправки на уровень систолического артериального давления, наличие сахарного диабета, социально-экономический статус, курение и индекс массы тела.

*Источник: Stroke 2005;
early online publication.*

Переизбрали Правление МГНОТ

13 апреля переизбрали Правление МГНОТ. Такое переизбрание, согласно сложившейся традиции и Устава МГНОТ, производится раз в 2 года. Собрание вела академик В. А. Насонова. Перед выборами с отчетом выступил Председатель Общества академик А. И. Воробьев, который охарактеризовал работу Общества: созданы 3 новые секции (ангиологии, кардиологии, «Человек и инфекция») продолжили активную работу старые секции, 2 раза в месяц проводятся пленарные заседания Общества. Последнее время стал заметен приток новых участников пленарных заседа-

ний, вновь, как и прежде, на обществе появилась молодежь, которая, как ей и положено, осваивает галерею.



Докладывает ревиизионная комиссия



Вот такой список Правления МГНОТ

Докладчик особо отметил появление у Общества своего печатного органа, сказав, что необходимо формировать идеологию газеты. Но само по себе это явление нельзя недооценить. А. И. Воробьев выразил благодарность Е. Н. Кочиной, Л. А. Положенковой и Л. И. Цветковой за их труд. Нужно ставить новые проблемы, нужно искать новые актуальные для терапевтов Москвы темы, сказал А. И. Воробьев.

Затем доклад от имени ревиизионной комиссии сделал проф. В. В. Цурко, который предложил считать работу Правления удовлетворительной. Аналогичные предложения были высказаны присутствующими. Голосование показало полное одобрение деятельности общества его членами.

Профессор В. Б. Яковлев зачитал новый список Правления общества. В него, наряду с уже имевшимися членами было предложено ввести новых сопредседателей секций. Предложение было принято единогласно.

В заключение Общее собрание единогласно проголосовало за Председателя Правления, избрав на новый срок академика А. И. Воробьева.



Идет голосование



Ведет собрание академик В. А. Насонова

(Окончание на стр. 6)

Гематологический декадник в 33 раз

11—23 апреля как и всегда, уже на протяжении 33 лет, прошел Гематологический Декадник. Проведение Декадника приурочено ко дню рождения

И. А. Кассирского, проводится он в аудиториях Гематологического научного центра РАМН. На это мероприятие съезжаются гематологи и терапевты со всей страны и из стран ближнего зарубежья. На Декаднике читаются лекции по фундаментальной гематологии и по вопросам диагностики и терапии гемобластозов. Во вступительной лекции академик А. И. Воробьев продемонстрировал всю сложность и многообразие лимфопролиферативных опухолей, в диагностике и лечении которых достигнуты немалые успехи. Член-корреспондент РАМН З. С. Баркаган прочел серию лекций о тромбофилиях и геморрагических состояниях, затем, как всегда, час отвечал на вопросы курсантов.

В рамках Декадника проводится научно-практическая конференция «Новое в гематологии и трансфузиологии», на которой обсуждаются достижения последнего времени в

этих областях. В этом году конференция проводилась в Доме Ученых РАН (см. фото.). Наряду с гематологическими проблемами внимание участников было привлечено к вопросам управления качеством и стандартизацией (П. А. Воробьев), развитию клинической трансфузиологии (В. М. Городецкий). По итогам конференции принята резолюция.

Собственная информация



РЕЗОЛЮЦИЯ

научно-практической конференции
«Новое в гематологии и клинической трансфузиологии»
(12.04—13.04.2005 ГУ ГНЦ РАМН, Москва)

1. Конференция подтверждает необходимость и актуальность пересмотра Приказа МЗ СССР от 16.11.1988 г. № 824 «О мерах по дальнейшему совершенствованию качества медицинской помощи больным с заболеваниями системы крови».

2. Конференция одобряет концепцию развития специализированной гематологической помощи, предложенную ГУ ГНЦ РАМН и РНИИГТ и предлагает принять проект Приказа за основу.

3. Участники Конференции поручают ГУ ГНЦ РАМН и РНИИГТ доработать Приказ в соответствии с поступившими замечаниями и представить его в МЗ и СР РФ до 01.06.2005 г.

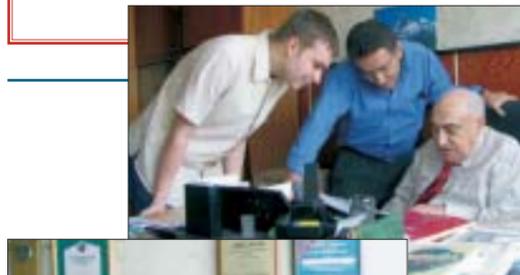
Директор ГУ ГНЦ РАМН
академик А. И. Воробьев

Юбилей З. С. Баркагана

25 апреля 2005 года Зиновию Соломоновичу Баркагану исполнилось 80 лет. Торжества по случаю юбилея продолжались 3 дня и включали в себя прием поздравлений, выслушивание славословий, чтение десятков адресов и телеграмм, вручение медали им. П. Эрлиха, краткие ответы и благодарности уставшего виновника торжества, многочисленный застолье. Далеко не все провинциальные ученые



Портрет им. себя. Вручает мэр г. Барнаула



Поздравления из Читы (Б. И. Кузник) и Москвы (П. А. Воробьев)



Ответное слово с медалью им. П. Эрлиха на груди

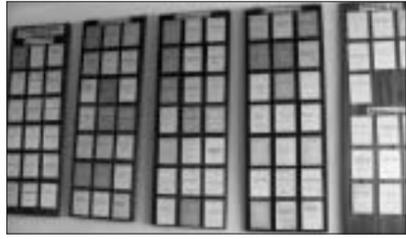
(Продолжение на стр. 3)

(Начало на стр. 2) ➔

отмечают свой юбилей с таким размахом. В чем феномен Баркагана?

Во-первых, Зиновий Соломонович всю свою жизнь жил по принципу «сам себя не похвалишь, никто тебя не похвалит». Кроме того, он хорошо помнил завет, что «каждое хорошо забытое старое легко выдать за новое». Занимаясь всю жизнь чем угодно, только не медициной (учился на журфаке, собственную научную работу посвятил змеям и ядовитым членистоногим), в светлые промежутки З. С. Баркаган стал давать серьезным ученым советы, как диагностировать и лечить ДВС-синдром. Мудрость эту он почерпнул из старинных восточных источников. Более того, он имел неосторожность несколько раз написать в истории болезни крупных деятелей «особое мнение», которое расхожилось с мнением всего медицинского сообщества: о том, что при кровоточивости нужен гепарин, что не надо переливать роженицам кровь каплю за каплю от роты солдат, а вместо героического их спасения путем ампутации матки нужно спасать матки от акушеров, останавливая кровотечения свежемороженой плазмой. И ведь не прошло и тридцати лет, как в некоторых регионах страны стали лечить по методу Баркагана: действительно оказалось, что помогает. Некоторые получили за это премии, хотя и без автора методики.

Еще раз принципы терапии ДВС-синдрома выдержали испытания на



Учеников, учеников...

прочность во время землетрясения в Армении в 1988 году: переливая плазму, вводя гепарин и делая плазмаферез, московской бригаде удалось предотвратить ампутации конечностей и развитие острой почечной недостаточности у сотен извлеченных из-под завалов. Этот опыт, изложенный юбилеаром в американских клиниках и военных госпиталях, вызвал зависть у заокеанских коллег. Но не подражание. Хотя, кто знает, глядишь, лет через -дцать дадут и Нобелевскую премию за это — от ДВС мостик уже перекинут на атеротромбоз — основную ангиологическую патологию. И пускай пока продолжают еще рекламировать здоровый образ жизни (бегом к инфаркту) при соблюдении безхолестериновой диеты (чем меньше холестерина в крови, тем меньше мыслей в голове) уже очевидна патогенетическая петля: воспаление, тромбоз, склероз. И снова — до бесконечности. Даже термин появился новый — эндотелиоз — патология эндотелия, как причина развития склероза и тромбоза сосуда.

А еще З. С. Баркаган — отец 180 детей, отец-герой. Видимо, этот результат для книги рекордов Гиннеса: столько он нарожал за последние 2 десятилетия, когда нашел метод лечения привычного невынашивания беременности. До 60% женщин с этой патологией страдают антифосфолипидным синдромом, единственным или основным проявлением которого становятся выкидыши. Если лечить плазмаферезом и гепаринами, то беременность сохраняется. Об этом известно даже в Швеции, где у него тоже есть потомство, но мало известно в Москве.

А еще он заговорил о противовоспалительном действии липидснижающих препаратов, как основе их действия, о нарушении обмена гомоцистеина, как частой причины стенокардии и инфаркта миокарда. Правда, в Москве диагноз гипергомоцистеинемии пока поставить практически негде (может быть, в 1 клинике и есть такая возможность), а наши специалисты с известным скепсисом оценивают перспективу диагностики ее и лечения. Видимо, лет 20—30 — и станет эта патология общеизвестной.

А еще 13 апреля З. С. Баркаган избрал Почетным членом МГНОТ. Он неоднократно выступал на собраниях общества, неизменно собирая полную аудиторию. Ему всегда было чем поделиться с московскими врачами. Вот только слушают его вполуха.

Собственная информация

Фармакоэкономика на «Человеке и лекарство»

В середине апреля целую неделю РАГС был отдан под симпозиумы и заседания очередного конгресса «Человек и лекарство». Отчет о проведении мероприятия дадут его организаторы, но несколько слов все-таки сказать должно. Во-первых, в отличие от предыдущих лет не было созвездия чиновников от Министерства здравоохранения и социального развития, его Служб и Агентств. Практически не обсуждалась ведущая модернизация здравоохранения и монетизация льгот. Тре-

больше и больше лотошников с биологическими добавками. Они занимают два верхних этажа выставки и там их — как грязи.

В этом году не проводилось никакой школы по проблеме фармакоэкономики и клинко-экономического анализа, за исключением симпозиума, организованного Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований» (19.04.05). Собственно инициатором и организатором выступил руководитель Ярославского филиала МОООФИ профессор А. Л. Хохлов. Фактически симпозиум представлял собой выступления от нескольких активно работающих филиалов общества — Ставропольского, Ярославского, Волгоградского, Казанского, Московского. Было отрадно увидеть на заседании представителей Казахстана, давно интересующихся проблемами клинко-экономического анализа, пообщаться с представителями Белорусского национального отделения МОООФИ, выполняющих в этой республике исследование.

Одним из основных направлений деятельности общества становится изучение альтернативных

технологий, клинко-экономическое сравнение генерических форм одного и того же лекарства, похожих по действию препаратов. МОООФИ создало для этого независимый Институт оценки медицинских технологий, положение о котором можно прочитать на сайте www.rspog.ru. Приглашаем всех, кто не попал на симпозиум, посетить наш сайт и принять участие в дискуссиях.

Собственная информация



Президиум стоит — стулья слушателям

щина, превращающаяся в пропасть между чиновниками, учеными и врачами нарастает.

Во-вторых публички было пожиже, никто не падал в очередях на вход и не рвал одежду, в попытке прорваться к стенду фирмы. Впечатление, что стендов фармкомпаний стало меньше, правда, они пообъединились и укрупнились. Укрупнились и стенды. Но все



На столы садиться отказались



Выступает профессор В. А. Батури



Говорит и показывает Волгоград

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ОТЧЕТ О РАБОТЕ ПРАВЛЕНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

за период с 23 апреля 2003 г. по 13 апреля 2005 г.

Правление МГНОТ избрано 23 апреля 2003 года в количестве 61 человек. В состав Правления МГНОТ были избраны Агеев Ф. Т., Ардашев В. Н., Белевский А. С., Белоусов Ю. Б., Бокарев И. Н., Бурцев В. И., Васильева Е. Ю., Воробьев А. И., Галкин В. А., Глезер М. Г., Гогин Е. Е., Голиков А. П., Губкина Д. И., Гусева Н. Г., Дворецкий Л. И., Емельяненко В. М., Заславская Р. М., Иванов Г. Г., Ивашкин В. Т., Калинин А. В., Калыев А. В., Кечкер М. И., Ключев В. М., Комаров Ф. И., Корнев Б. М., Кочина Е. Н., Лазебник Л. Б., Маколкин В. И., Мартынов И. В., Милентьев А. С., Михайлов А. А., Моисеев В. С., Мухин Н. А., Насонов Е. Л., Насонова В. А., Ольбинская Л. И., Палеев Н. Р., Пальцев М. А., Погужева А. В., Покровский А. В., Покровский В. И., Положенкова Л. А., Раков А. Л., Савченко В. Г., Серов В. В., Симоненко В. Б., Синопальников А. И., Смоленский В. С., Строжаков Г. И., Сумароков А. В., Сыркин А. Л., Терещенко С. Н., Тюрин В. П., Хазанов А. И., Ча-

зов Е. И., Чучалин А. Г., Шишкова Т. В., Шостак Н. А., Шпектор А. В., Юшук Н. Д., Яковлев В. Б. В Почетные члены МГНОТ избраны: чл.-корр. РАМН, проф. Самсонов М. А. В состав Ревизионной комиссии избраны: Воробьев П. А., Иванов А. И., Карпова С. В., Новоженев В. Г., Цыганова Л. В., Цурко В. В. (Председатель). Председателем Правления МГНОТ избран Воробьев А. И. Заместители Председателя: Насонова В. А., Мухин Н. А., Маколкин В. И., Раков А. Л. по финансовым вопросам — Положенкова Л. А. Секретарь МГНОТ: Глезер М. Г., Губкина Д. И., Карпова С. В., Цветкова Л. В., Кочина Е. Н. — ответственный секретарь МГНОТ.

За отчетный период общество терапевтов понесло тяжелую утрату: скончался член Правления МГНОТ проф. Сумароков Александр Васильевич и член Ревизионной комиссии МГНОТ проф. Иванов Алексей Иванович.

Заседания Правления проводились ежемесячно (кроме двух летних месяцев), всего состоялось 19 заседаний Правления МГНОТ, на которых рассматривались и принимались решения по следующим вопросам: распределение функциональных обязанностей между членами Правления, утверждение состава Бюро секций МГНОТ, обсуждение повесток пленарных заседаний, планов и отчетов МГНОТ и его секций, состояние финансов,

(Продолжение на стр. 4) ➔

ИнтерНьюс

V Европейский конгресс по клинко-экономическим аспектам остеопороза и остеоартроза

16—19 марта 2005 года в Риме (Италия) прошел V Европейский конгресс по клинко-экономическим аспектам остеопороза и остеоартроза, который рассматривал на современном этапе две актуальные темы:

Во-первых, каков вклад менопаузы в здоровье женщин и клинко-экономическая оценка переломов и их лечение.

Во-вторых, основные доказательства выбора нестероидных противовоспалительных препаратов при остеоартрозе.

Итогом конгресса было принятие резолюции по дальнейшей разработке клинко-экономических аспектов лечения этих двух заболеваний.

Собственная информация.

Каждый пятый ребенок на планете испытывает недостаток чистой воды. По данным Детского фонда ООН — ЮНИСЕФ, несмотря на то, что ситуация с доступностью чистой воды существенно улучшилась, более 1,5 млн детей ежегодно умирают из-за того, что живут в антисанитарных условиях

На каждого ребенка необходимо ежедневно расходовать по меньшей мере 20 литров чистой воды. Это примерно два ведра, необходимые для того, чтобы умыться, пить и готовить еду. При отсутствии этого минимума в детский организм через грязную воду и немытые руки попадают патогенные микробы.

По оценкам ЮНИСЕФ, ежедневно от инфекций, передающихся через воду, умирают 4 тысячи детей. Речь идет о диарее и брюшном тифе, которыми дети заражаются, когда пьют воду из родников, рек и прудов.

За последние 15 лет число жителей нашей планеты, имеющих доступ к чистой воде, выросло на 1 млрд человек. Однако ЮНИСЕФ считает, что этого недостаточно. По данным фонда, на улучшение санитарных условий одного человека нужно всего несколько центов.

Источник: news.bbc.co.uk

Люди-«жаворонки» — жертвы мутации

На языке науки явление называется «синдром наследственной расширенной фазы сна». Люди, которые ему подвержены, никогда не просыпают начало рабочего дня, поскольку встают с рассветом или даже до рассвета, в районе 4-х утра. Зато они совершенно не способны бодрствовать вечером. В среднем такие люди спят столько же, сколько и остальное человечество, просто делают это в другое время. Кому-то удается приспособить свой рабочий график к особенностям организма, другие борются с ней всю жизнь, в основном с помощью кофе по вечерам. Ученые из Калифорнийского университета и Института Говарда Хьюза уверяют, что нашли причину аномалии сна. В ней виновен дефект гена, вырабатывающего белок CK1delta. Медики изучили три поколения семьи, в которой «синдром жаворонка» передается по наследству. Кстати, они обнаружили, что все члены семейства страдают также астмой и мигренью — возможно, эти болезни тоже несут с собой мутировавший ген. Ген «вживили» мышам — и те тоже превратились в «жаворонков». Из этого был сделан вывод, что этот ген является центральным компонентом биологических часов млекопитающих. Интересно, что на мух-дрозофил эксперимент повлиял противоположным образом: их суточный ритм после вживления гена сдвинулся к вечеру, в сторону «сов». Работа американских специалистов поможет, прежде всего, разработать лекарственные препараты для тех, кого не устраивает образ жизни «ранней пташки», — до сих пор медицина мало что могла им предложить. Но некоторые ученые делают и далеко идущие выводы. По мнению д-ра Инг-хуи Фу, который принимал участие в исследовании, суточные ритмы играют фундаментальную роль в самых различных поведенческих процессах. Поскольку фермент, который вырабатывается дефектным геном, влияет на многие белки, можно проверить его действие на обучение и память.

Источник: utro.ru

ИнтерНьюс

Минздрав и Хельсинский комитет тормозят израильскую науку

Министерство здравоохранения запретило врачам больницы «Адаса-Эйн-Керем» при Иерусалимском университете проводить то, что могло бы стать первым в мире экспериментом. Ученые хотели пересадить яичник женщины ее сестре, страдающей лимфосаркомой, чьи яичники прекратили функционировать в результате химиотерапии.

Основная цель экспериментальной трансплантации состояла бы в том, чтобы позволить больной женщине забеременеть с помощью яичника ее здоровой родной сестры.

Вторая цель медиков заключалась в том, чтобы заставить здоровый яичник вырабатывать необходимые гормоны, тем самым, улучшая состояние здоровья и общие функции организма их пациентки. Решение отклонить запрос врачей «Адасы» на проведение эксперимента поступило от национального Хельсинского Комитета по генетическим исследованиям человека. Комитет отклонил запрос на основании мнения, предоставленного поверенным юристом Министерства здравоохранения Мирой Хивнер-Харель, которая посчитала, что предложенная процедура является незаконной и неэтичной. На людях операции по трансплантации такого рода еще нигде в мире не проводились, однако ученые израильской клиники давно экспериментируют на овцах и уже добились превосходных результатов.

Источник: *mignews.com*

Контактные линзы как индикатор уровня сахара в крови

Исследователи предложили контактные линзы, способные реагировать на изменение уровня сахара в крови, как неинвазивный и безболезненный индикатор для больных сахарным диабетом. Крис Геддес (Center for Fluorescence Spectroscopy at the University of Maryland, США) разработал методику добавления борной кислоты к контактным линзам. В результате взаимодействия глюкозы слезы с кислотой начинается флуоресценция. В глаз светит синий свет, меняющийся в зависимости от уровня глюкозы в крови. Причем может светиться не вся линза, а только небольшие датчики по ее окружности, индикатор может определять также уровень холестерина, кальция и других веществ. Фруктоза содержится в слезе в гораздо меньшей концентрации, так что, по мнению исследователей, она не будет искажать данные теста.

Источник: *Journal reference: Current Opinion in Biotechnology (vol. 16, p. 100).*

Рано определяемые параметры — локализация инсульта и артериальная окклюзия — помогают выявить пациентов с высоким риском ухудшения состояния в первые 2 дня госпитализации

По мнению д-ра Кристиана Веймара и его коллег (Университет Duisburg-Essen, Германия), чем позднее поступает больной с ишемической симптоматикой, тем больше вероятность того, что вторичное ухудшение состояния произойдет до первичного осмотра и не будет замечено. Они обследовали 1964 больных, госпитализированных в первые 4 ч от появления симптомов острой церебральной ишемии. Неврологический статус оценивался при поступлении и затем через 48–72 ч, с помощью шкалы NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale). В целом, увеличение показателей по шкале NIHSS на 1 балл и более при втором обследовании, говорящее о неврологическом ухудшении, имело место у 256 пациентов (13%). Это объяснялось прогрессированием инсульта (37% случаев), повышением внутричерепного давления (27%), повторной церебральной ишемией (11,3%), вторичным паренхиматозным кровоизлиянием (11%).

По данным статистического анализа, окклюзия внутренней сонной артерии, окклюзия средней мозговой артерии, инфаркт ствола мозга, диабет были независимыми предикторами неврологического ухудшения. Для оценки риска ухудшения состояния больного в острой фазе инсульта, следует использовать не только клинические данные, но и данные инструментальных исследований. Это позволит выявлять больных, нуждающихся в особенно тщательном мониторинге.

Источник: *Arch. Neurol. 2005; 62: 393–7.*

(Начало на стр. 3) ➤

текущие дела. Большое внимание уделялось подготовке пленарных заседаний общества, которые, как правило, носили проблемный характер.

На 40 пленарных заседаниях МГНОТ заслушано 50 научных докладов, 7 клинических демонстраций. По своей тематике пленарные заседания были посвящены актуальным вопросам внутренней медицины. Основное внимание было уделено диагностике и лечению заболеваний сердечно-сосудистой системы — 18 докладов, проблемам пульмонологии — 2 доклада, эндокринологии и нарушениям обмена веществ — 8 докладов, нефрологии — 1 доклад, онкогематологии — 2 доклада, туберкулеза — 1 доклад, гериатрии — 1 доклад.

Проблемам внезапной сердечной смерти были посвящены доклады Л. В. Коктурского «Внезапная сердечная смерть», В. М. Ключева «Постоянная электрокардиотерапия у пациентов с высоким риском развития внезапной сердечной смерти и лиц с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности». Вопросы острого коронарного синдрома, инфаркта миокарда, ИБС освещали доклады С. Н. Терешенко «Лечение острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе» (МГМСУ); Е. Ю. Васильевой «Нестабильная бляшка при остром коронарном синдроме: локальная или системная патология?»; Д. В. Скрыпника «Механические осложнения инфаркта миокарда»; Д. Г. Иоселиани «Современные принципы лечения острого инфаркта миокарда»; Т. В. Вавиловой «Безболевая ишемия миокарда. Особенности липидного спектра и системы гемостаза.», А. Л. Сыркина «Немая ишемия миокарда и новые ишемические синдромы»; В. М. Ключева «Серотонин в лечении сердечно-сосудистой недостаточности у больных ишемической болезнью сердца, после кардиохирургических и обширных абдоминальных оперативных вмешательств». Нарушениями сердечного ритма был посвящен доклад В. Н. Ардашева «Комбинированные методы лечения нарушений сердечного ритма и проводимости».

Проблемам гипертонии были посвящены доклады В. И. Подзолкова «Гипертония. Миокард. Нефрон. Эволюция взглядов от Ричарда Брайта до наших дней»; П. С. Ветшева «Артериальная гипертония, обусловленная катехоламинсекретирующими опухолями (клиника, диагностика, хирургическое лечение)»; А. Л. Ракова «Терапия гипертонической болезни. Принципы дифференцированного подхода».

Выиграй 1000 рублей!

Ответ присылайте по адресу: 115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.

Условия просты: Играют только врачи поликлиник. Пришлите свой ответ по почте, на наш адрес, первый, приславший правильный ответ, получит приз. Первенство определяется по дате отправки на конверте. В случае, если отправивших в один день окажется несколько — приз будет разделен между ними. Вручение приза — на пленарном заседании МГНОТ. Не забудьте указать свои координаты:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
Поликлиника _____ Должность _____ Телефон _____
Ваш ответ: _____

Больному 47 лет, в середине декабря 2004 г. у него развился инфаркт миокарда. Проведен тромболитический активизатор, в коронарную артерию установлен стент. Клиническая, электрокардиографическая и лабораторная динамика инфаркта миокарда без особенностей. Через 2 недели после стентирования поднимается температура до 39°C, появляются сильные боли в большом пальце левой стопы. Ознобов, потливости нет, в крови — лейкоцитоз до 9 x 10⁹/л, палочки 6%, сегменты 67%, лимфоциты 20%, эозинофилы 2%, моноциты 5%, РОЭ — 25 мм/час. В моче — удельный вес 1020, белок — 0,3%, эритроциты 2–3 в поле зрения. В крови белок, трансминазы, билирубин, холестерин, мочевиная кислота, мочевиная и сахар — в пределах нормальных значений.

Назначили ибупрофен, на 2–3 день лихорадка исчезла, препарат вскоре отменили. Внятных объяснений лихорадочному эпизоду дано не было, больной выписался под амбулаторное наблюдение. В течение января–апреля 2005 г. сохранялась почти постоянно субфебрильная температура, нарастает слабость, потеря работоспособности, периодически болит голеностопный сустав, дважды отмечались эпизоды лихорадки до 38–39°C, купированные нестероидными противовоспалительными препаратами и парацетамолом (короткие курсы). Лабораторно существенных изменений не выявляется, повторные общие анализы крови и мочи в пределах нормы, за исключением РОЭ — оно стойко повысилось до 35 мм/час. Все перечисленные выше биохимические показатели остаются нормальными.

Ваш предположительный диагноз. План обследования и лечения.

Патология сосудов головного мозга, церебральной недостаточности обсуждена в докладе В. М. Емельяненко «Брахиоцефальные стенозы: клиника, диагностика, лечение». Новые методы диагностики сердечно-сосудистых заболеваний рассмотрены в докладах В. Е. Синицина «Роль магнитно-резонансной и компьютерной томографии в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний» и А. В. Шпектора «Новый метод диагностики ИБС».

Проблемам тромбозов и тромбозов легочной артерии и сосудистых тромбозов посвящены доклады И. Н. Бокарева «Новое в профилактике и лечении тромбозов легочной артерии»; В. Б. Яковлева «Рецидивирующая ТЭЛА: факторы риска, клинко-инструментальная диагностика, лечение, профилактика»; З. С. Баркагана «Тромбозы и тромбофилии в клинической практике».

Проблемам хирургического лечения приобретенных пороков сердца был посвящен доклад И. И. Скопина «Приобретенные пороки клапанов сердца — взгляд кардиохирурга».

Проблемам пульмонологии посвящены доклады А. И. Синопальникова «Тяжелый острый респираторный синдром. Победа, которая не кажется окончательной»; И. Е. Тюрина «Современная лучевая диагностика заболеваний органов дыхания».

Проблемам эндокринологии и нарушения обмена веществ были посвящены доклады: Г. А. Мельниченко «Гипотиреоз — вчера, сегодня, завтра»; В. И. Подзолкова «Диагностика, консервативное и хирургическое лечение гиперальдостеронизма»; В. А. Оленевой «Современные подходы к комплексному лечению ожирения»; Ю. В. Хрущевой «Особенности обмена веществ у больных ожирением, осложненным сахарным диабетом»; В. А. Насоновой «Ранняя диагностика и лечение подагры»; Н. А. Мухина «Нарушенный обмен мочевой кислоты — фактор риска и причина висцеральной патологии».

Проблемам онкологии посвящен доклад М. И. Давыдова «Современные возможности онкохирургии». Проблемам нефрологии посвящен доклад Л. С. Бирюковой «Острая почечная недостаточность в клинике внутренних болезней». Проблеме туберкулеза был посвящен доклад Н. К. Борисовой «Туберкулез сегодня. Вопросы клиники, диагностики, принципы лечения». Проблемы гериатрии были освещены в докладе П. А. Воробьева «Кто Вы, доктор гериатр?». Организационные вопросы профилактики нашли отражение в докладе В. Б. Симоненко «Современные возможности диспансеризации в клинической практике на опыте ЦВКГ им. П. В. Мандрыка».

В отчетном периоде 7 пленарных заседаний общества были посвящены памятным и историческим датам: традиционные ежегодные «Боткинские чтения», на которых заслушаны доклады В. Г. Савченко «Развитие идей С. П. Боткина в онкогематологии», Е. Л. Насонова «Терапевтические проблемы ревматоидного артрита»; заседание, посвященное 175-летию выдающегося отечественного терапевта Григория Антоновича Захарьина — доклад РАМН В. И. Маколкина «Слово о Г. А. Захарьине»; расширенное пленарное заседание, посвященное памяти А. П. Чехова: А. И. Воробьев «Научное медицинское наследие А. П. Чехова «Остров Сахалин»; заседание, посвященное 85-летию со дня рождения видного отечественного терапевта члена-корреспондента РАМН Евгения Владиславовича Гембицкого А. И. Воробьев «Вступительное слово»; заседание, посвященное 130-летию МГНОТ П. А. Воробьев «К истории Московского городского научного общества терапевтов». Заседание секций нефрологии, иммунопатологии, профилактической медицины и проф. болезней было посвящено 80-летию академика В. В. Серова («Декабрьские чтения в клинике Е. М. Тареева»).

В отчетном периоде работали 15 секций МГНОТ, проведено 159 секционных заседаний, на которых заслушано 191 доклад, представлено 18 клинических демонстраций, проведено 11 научно-практических конференций:

1. Секция теории и истории клинической медицины (председатель Раков А. Л.). Секция проводила работу в рамках пленарных заседаний общества. В отчетном периоде проведено 7 пленарных заседаний общества, которые были посвящены памятным и историческим датам, о которых было сказано выше.

2. Секция нефрологии и иммунопатологии (председатель Мухин Н. А.) провела 14 заседаний, на которых заслушано 20 докладов, 10 клинических разборов. Проблемам этиологии, патогенеза, механизмам прогрессирования нефропатии, клиническим аспектам и лечению болезней почек, в том числе гломерулонефритов, системных и обменных заболеваний было посвящено большинство сообщений. Были заслушаны доклады о заместительной почечной терапии (гемодиализ, постоянный амбулаторный перитонеальный диализ), о проблемах коррекции анемии и фосфорно-кальциевого обмена у пациентов, получающих заместительную почечную терапию, а также о патологии трансплантационной почки. На нескольких заседаниях были освещены нефрологические аспекты в гематологической практике, а также вопросы поражения почек при вирусных по-

ражениях печени. Отдельное заседание было посвящено особенностям патологии старческой почки. Силами членов секции нефрологии и иммунопатологии совместно с секцией профилактической медицины и клиникой нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева ежегодно проводится конференция молодых ученых «Эстафета поколений».

3. Секция профилактической медицины и профессиональных болезней (председатель Корнев Б. М.) провела 5 заседаний, на которых заслушано 6 докладов и сообщений, по вопросам профессиональной патологии, профилактического подхода в лечении подагры, ожирения и артериальной гипертонии, популяционной профилактики основных неинфекционных болезней в практике промышленной медицины; актуальные вопросы радиационной медицины; клинко-патогенетические варианты бериллеоза современного течения. Секция принимала участие в ежегодной конференции «Эстафета поколений» совместно с секцией нефрологии и иммунопатологии, клиникой нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева. На заседаниях регулярно присутствуют 15–20 человек. Секция работает в тесном контакте с кафедрой внутренних и профессиональных болезней, секцией нефрологии и иммунопатологии МГНОТ.

4. Секция ревматологии (председатель Гусева Н. Г.): проведено 15 заседаний, на которых заслушано 20 докладов, представлено 4 клинических демонстрации. Тематика докладов содержала различные аспекты диагностики, клиники и лечения ревматологических заболеваний (ревматоидный артрит, реактивные артриты, остеоартроз и др.), и редко встречающихся заболеваний. Обсуждались современные методы лечения, новое в лечении ревматических заболеваний, методы реабилитационных мероприятий, ошибки диагностики, побочные действия лекарственных препаратов и правовые вопросы современной медицины.

5. Секция неотложной терапии (председатель Голиков А. П.), провела 14 заседаний, сделано 27 докладов. Проведен круглый стол «Острый коронарный синдром. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению»; организованы 4 научно-практические конференции к Всемирному дню сердца: «Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний», «Современные возможности и новые подходы в лечении и профилактике гипертонических кризов», «Современные подхо-

(Продолжение на стр. 5) ➤

ИнтерНьюс

Пограничные субоптимальные уровни факторов сердечно-сосудистого риска объясняют лишь малую часть всех коронарных событий.

Следовательно, от гипотетической комбинации 6 препаратов, влияющих на уровни холестерина, артериального давления, гомоцистеина сыворотки и функцию тромбоцитов, не следует ждать «волшебного» эффекта. Д-р Рамахандран Васан и его коллеги (Школа Медицины Бостонского Университета, Массачусетс) использовали данные Фрамингемского исследования, чтобы определить 10-летнюю частоту коронарных событий у белых американцев с пограничными уровнями различных факторов риска (субоптимальные значения, не требующие медикаментозного вмешательства, согласно современным рекомендациям). К подобным состояниям относились уровень артериального давления 120—139/80—89 мм рт. ст., холестерина липопротеинов низкой плотности 100—159 мг/дл, холестерина липопротеинов высокой плотности 40—59 мг/дл, курение в анамнезе, нарушение толерантности к глюкозе при отсутствии сахарного диабета. Полученные данные были спроецированы на уровень популяции, с использованием результатов NHANES III (Third National Health and Nutrition Examination Survey) и переписи населения 2000 г. Оказалось, что у 60% мужчин и 50% женщин уровни одного—двух факторов риска были высокими. В целом, 26% мужчин и 41% женщин имели пограничные значения как минимум одного фактора риска. Более 90% коронарных событий приходилось на долю лиц с высокими значениями хотя бы одного фактора, и лишь 10% — на долю лиц с пограничными значениями множественных факторов риска. По мнению ученого применение стратегии «гипотетической комбинации» у всех лиц старше 55 лет может быть неоправданно по целому ряду причин — по крайней мере, в США. Так как одна шестая всех коронарных событий у мужчин и одна десятая — у женщин происходит до 55 лет и у женщин 10-летняя частота коронарных событий не превышает считающийся высоким порог в 10%, даже при высоких значениях двух факторов риска ИБС. Стратегия «гипотетической комбинации» заслуживает изучения у мужчин старше 55 лет, у которых 10-летняя частота коронарных событий превышает 10% даже при повышении одного фактора риска. Редакторы журнала, д-р Синтия Мулроу и д-р Вильям Кузмаль, также скептически относятся к идее «тотальной» первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у всех американцев среднего и пожилого возраста.

Источник: *Ann. Intern. Med.* 2005; 142: 393—402.

Голландия: кто жертвует органы — получает их вне очереди

Жители Голландии готовы поддерживать инициативу министра здравоохранения Ханса Хоогерворста, который предложил следующую схему: тем, кто завещает свои органы для медицинских целей — внеочередная пересадка в случае необходимости. Эта идея была высказана в начале марта, но до сих пор статуса закона не имеет. Голландский парламент отверг этот законопроект — равно как и предложение сделать жертвование органов после смерти всеобщим и обязательным. Социологические опросы, проведенные на эту тему, показали, что идею министра поддерживают уже более 50% голландцев. В Бельгии обсуждается закон о всеобщем и обязательном жертвовании внутренних органов.

Источник: *mignews.com*

Аллергические заболевания являются одними из наиболее распространенных нозологических форм во всем мире.

Каждый четвертый — пятый житель планеты имеет те или иные проявления этих болезней. В большинстве индустриально развитых стран три основные формы аллергических заболеваний — астма, ринит и атопический дерматит — изолированно или в различных сочетаниях поражают до 25% населения. Распространенность этих нозологических форм за последние 30 лет увеличилась в 3 раза. Считается, что от 4 до 8% взрослого населения и 10—15% детей страдают бронхиальной астмой.

Источник: *solvay-pharma.ru*

(Начало на стр. 2) ➤

13 апреля 2005 г. на отчетно-перевыборном заседании МГНОТ в почетные члены МГНОТ избран член-корр. РАМН, проф. Баркаган Зиновий Соломонович. В новый состав Правления избраны: Ардашев В. Н., Белевский А. С., Беленков Ю. Н., Белоусов Ю. Б., Богомолов Б. П., Бокарев И. Н., Бурцев В. И., Васильева Е. Ю., Воробьев А. И., Воробьев П. А., Галкин В. А., Глезер М. Г., Гогин Е. Е., Голиков А. П., Губкина Д. И., Гусева Н. Г., Дворецкий Л. И., Егорова Л. И., Емельяненко В. М., Заславская Р. М., Иванов Г. Г., Ивашкин В. Т., Калинин А. В., Каляев А. В., Кириченко А. И., Ключев В. М., Комаров Ф. И., Корнев Б. М., Кочина Е. Н., Лазебник Л. Б., Маколкин В. И., Мартынов И. В., Милентьев А. С., Михайлов А. А., Моисеев В. С., Мухин Н. А., Насонов Е. Л., Насонова В. А., Нонинов В. Е., Ольбинская Л. И., Палеев Н. Р., Пальцев М. А., Парфенов В. А., Погожева А. В., Покровский А. В., Покровский В. И., Положенкова Л. А., Потехин Н. П., Раков А. Л., Савенков М. П., Савченко В. Г., Серов В. В., Симоненко В. Б., Синопальников А. И., Смо-

ленский В. С., Строжаков Г. И., Сыркин А. Л., Тюрин В. П., Хазанов А. И., Чазов Е. И., Чучалин А. Г., Шишкова Т. В., Шостак Н. А., Шпектор А. В., Юшук Н. Д., Яковлев В. Б. В состав Ревизионной комиссии избраны: Карпова С. В., Новоженев В. Г., Цыганова Л. В., Цурко В. В.



Поздравления переизбранному Председателю МГНОТ

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 20.10.2004 г. № 5 (11)

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

«Сосудистые проблемы у пожилых — полечим или..?»

Заседание открыл **А. А. Кириченко.**

1. А. В. Покровский (институт хирургии им. А. В. Вишневского РАМН)

«Как можно предупредить инсульт у пожилого больного?»

Докладчик отметил, что в последние годы отмечается постоянное увеличение количества инсультов. Данная патология опережает число больных с инфарктом миокарда. Общая летальность в России от инсульта составляет 30%. Среди всех инсультов основное место (80%) составляют ишемические инсульты. Риск развития ишемического инсульта у больных, перенесших транзиторную ишемическую атаку, на 13—30% выше, чем в общей популяции. Далее в докладе приведена классификация нарушений кровообращения сосудов мозга, разработанная автором в 1976 году. Изложены основные методы диагностики поражения сосудов мозга. Стеноз внутренней сонной артерии является в большинстве случаев причиной развития инсульта. Диагноз основывается на: 1) аускультации сосудов шеи; 2) УЗИ брахиоцефальных артерий (доплеровское сканирование). Особое внимание врачей обратил на то, что у 70% больных ишемический инсульт развивается без всяких предвестников — внезапно. Основываться в таких случаях на наличии клинических симптомов нарушения мозгового кровообращения в постановке диагноза является грубой ошибкой — это слишком поздно. Лечение ишемического инсульта — консервативное (эффективно в 10% случаев) и хирургическое (эффективно в 60—70%). Учитывая, что 70% больных с инсультом составляют больные со стенозом внутренних сонных артерий, они-то прежде всего и подлежат хирургическому лечению. Возраст и сопутствующие заболевания (включая онкологические) не являются противопоказанием для операции, однако решать в каждом случае надо индивидуально. 1608 операций, произведенных в их институте, летальность составила 1,5%.

Профилактические мероприятия развития инсультов заключаются в исключении факторов риска: курение, алкоголь; коррекция метаболического синдрома (холестерин снижающие препараты и др.); борьба с артериальной гипертензией (бета-адреноблокаторы и т. д.); антиагреганты; пентоксифиллин, а при стенозах и деформациях магистральных артерий головы — операционное лечение. В заключение докладчик особое внимание обратил на то, что первичная диагностика у больных с поражением сосудов находится в руках участковых врачей, чем объясняется тема доклада ангиохирурга на заседании.

Вопросы к докладчику

Вопрос: Сколько стоит операция (каротидная эндартерэктомия) у больных со стенозом сонной артерии?

Ответ: В институте им. А. В. Вишневского — пока бесплатно. Особое внимание обратил на слово: «пока»;

Вопрос: Почему так много больных с инсультом?

Ответ: Нет диспансеризации больных с факторами риска развития инсульта, плохое лечение, частые стрессы.

2. А. Е. Зотиков (институт хирургии им. А. В. Вишневского РАМН)

«Можно ли предупредить гангрену у больного?»

Приведена история оперативного лечения поражений артерий нижних конечностей. Первая операция (ампутация нижней конечности) относится к III веку нашей эры. Диагностика поражений сосудов нижних конечностей основана на следующем: жалобы больного (переменяющаяся хромота); осмотра и пальпации сосудов (исчезновение пульсаций); аускультации сосудов (бедренной, подвздошной артерий); проведение УЗИ (доплеровское сканирование сосудов нижних конечностей). Ангиография проводится больным, которые подлежат оперативному лечению (устанавливается характер поражения сосудов, протяженность и др.). Приводится тактика лечения больных с поражением сосудов нижних конечностей. Консервативное лечение показано при I—II степени нарушения кровообращения сосудов

нижних конечностей и при критической ишемии конечности. Акцент сделан на консервативном лечении пораженных сосудов нижних конечностей, особенно выделил такие препараты, как пентоксифиллин, «Вазaproстан». Эффективность пентоксифиллина при критической ишемии конечности составляет 77%. Подробно приведены типы операций при поражении артерий нижних конечностей. Летальность в таких случаях составляет 1—3,5% и зависит прежде всего от квалификации учреждения и хирурга. Возраст и сопутствующие заболевания пациента не являются противопоказаниями для операции. Профилактика поражения сосудов нижних конечностей (включая гангрену) заключается в следующем: прежде всего отказ от курения, постоянное проведение противосклеротической терапии («статины»), коррекция углеводного обмена при его нарушении, тщательное диспансерное наблюдение, адекватное лечение (например, у больных с критической ишемией конечности — пентоксифиллин в достаточной дозе, 2—3 курса в год) и др.

Вопросы к докладчику

Вопрос: «Вазaproстан» очень дорогостоящий препарат, как быть?

Ответ: Назначать только при критической ишемии конечности, тяжелых трофических нарушениях.

3. В. А. Парфенов (ММА им. И. М. Сеченова)

Докладчик обратил внимание присутствующих на то, чтобы они при любой патологии сосудов учитывали неврологический статус больного. Нейро-психическая или сосудистая деменция, имеющая место в таких случаях, существенно влияет на эффект лечения и прогноз. Диагностика заключается в нейровизуализации (доплеровское сканирование сосудов мозга КТ МРТ) проведении обследования на предмет выявления других соматических заболеваний; консультации психиатра. Лечение деменции заключается в основном в отказе от курения и алкоголя, приеме лекарств. Большой, перенесший инсульт, должен консультироваться в специализированном неврологическом учреждении.

Вопросы к докладчику

Вопрос: Когда следует начинать проводить профилактику деменции?

Ответ: Как можно раньше;

Вопрос: Можно ли направить больного на консультацию в неврологическую клинику ММА им. И. М. Сеченова?

Ответ: Да, только «москвичей» с определенными документами.

Заключение

В заключение А. А. Кириченко подчеркнул, что сосудистых проблем будет значительно меньше, если больные будут своевременно обращаться к врачу. Врач должен назначить высокоэффективные препараты. Однако консервативное лечение поражений сосудов мозга, нижних конечностей должно начинаться с устранения факторов риска (курение, алкоголь, коррекция метаболического синдрома и т. д.), диспансеризации больных, перенесших транзиторную ишемическую атаку, малый инсульт. Решение проблемы критической ишемии конечности во многом зависит от взаимодействия врачей разных специальностей (терапевта, хирурга, эндокринолога и др.), адекватного лечения больных с первым появлением перемежающейся хромоты.

В заключение приводим анкету опроса присутствующих на заседании.

АНКЕТА

Возраст: 20—29 лет — 8%; 30—39 лет — 12%; 40—49 лет — 16%; 50—59 лет — 29%; 60—69 лет — 31%; старше 70 лет — 4%.

Мужчин — 30%, женщин — 70%, 56% терапевтов, 11% хирургов, менее 10% другие специалисты. Работают 46% в поликлинике, 35% — в стационаре, остальные в других мед. организациях.

Какая сосудистая патология, по Вашему мнению, наиболее характерна для пожилого возраста? (% ответов): Инсульт — 80%, инфаркт — 71%, критическая ишемия нижних конечностей и варикозное расширение вен нижних конечностей по 40%, диабетическая ангиопатия — 35%, тромбоз вен нижних конечностей и геморрой по 29%.

Какие лекарственные средства, по Вашему мнению, являются эффективными и «универсальными» для лечения сосудистой патологии у пожилых? (% ответов):

«Универсальных» сердечно-сосудистых лекарственных средств НЕТ — 49%, антиагреганты — 47%, ингибиторы АПФ и гиполлипидемические средства по 42%, антагонисты кальция и Вазaproстан по 31%.

Какие меры профилактики сосудистой патологии наиболее эффективны по Вашему мнению? (% ответов): Отказ от курения и активный образ жизни по 80%, диета — 71%, прием антиагрегантов — 58%, отказ от алкоголя — 55%, прием гиполлипидемических средств — 53%.

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 15.12.2004 г. № 6 (12)**

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

Тема: «Как помочь больному с трофическими язвами?»

Заседание открыл А. В. Покровский. Поздравив всех присутствующих с Новым 2005 годом, пожелал всем здоровья, счастья и, чтобы энтузиазм, с которым работали в 2004 г., не покидал всех и в 2005 году.

1. Л. И. Богданец (кафедра факультетской хирургии РГМУ)

«Венозные язвы: как лечить и как предотвратить?»

В докладе дана характеристика трофических язв, возникающих на почве венозной болезни (недостаточности). Отметив широкое распространение трофических язв (их частота составляет 70%), подробно изложила схему лечения, принятую флебологами России и за рубежом. Принцип ее состоит из двух моментов: комплексного консервативного и оперативного лечения. Консервативное лечение включает эластическую компрессию; местную и общую фармакотерапию. Перечислив препараты общего действия (флеботоники; дезагреганты; антиоксиданты; антибиотики и НПВС) и показания для их применения, подробно остановилась на препаратах обладающих местным действием. Для местного лечения используются повязки, губки, пленки и др. с мазями, антисептическими средствами. Консервативное лечение продолжается не менее двух месяцев до заживления язвы и только затем проводится оперативное лечение. Важным моментом у больных трофическими язвами является постоянное проведение профилактических мероприятий (эластическая компрессия; лечебно-охранительные мероприятия; 2 раза в год (1 раз обязательно летом) медикаментозная терапия). Поскольку 2/3 больных с трофическими язвами лечатся амбулаторно, обязательным моментом является обучение больного, как правильно делать перевязки самому. Особенно это касается группы больных, которым операция не показана и консервативная терапия проводится пожизненно.

Вопросы к докладчику

Вопрос: Какие лучше применять антисептические препараты?

Ответ: Хлоргексидин, мирамистин, сангвиритрин;

Вопрос: Когда назначать антисептики?

Ответ: Всегда для промывания и орошения язвы;

Вопрос: Можно ли применять инсулин местно?

Ответ: Нецелесообразно;

Вопрос: Какая физиотерапия применяется наиболее часто у больных с трофическими язвами?

Ответ: Переменное магнитное поле, в/в лазеротерапия.

2. А. Е. Харазов (институт хирургии им. А. В. Вишневского РАМН)

«Лечение артериальных язв: хирургия или фармакотерапия?»

Артериальные язвы возникают при критической ишемии конечности на фоне таких заболеваний, как атеросклероз, сахарный диабет, облитерирующий тромбангиит. Диагностика поражений сосудов нижних конечностей основана на жалобах больного (переменяющаяся хромота), пальпации сосудов (исчезновение пульсации); аускультации магистральных сосудов и данных УЗИ (доплеровское сканирование сосудов нижних конечностей); обязательного определения уровня глюкозы. Выраженный болевой синдром и отсутствие пульсации наиболее характерные черты артериальной язвы. При выявлении артериальной язвы больного следует направлять в сосудистое отделение хирургического стационара. Лечение следует начинать с рекомендации больному отказаться от курения; при выявлении артериальной гипертензии и ИБС проводить их коррекцию; постоянно контролировать сахар крови и еже-



дневные перевязки. При отсутствии эффекта в комплекс консервативного лечения артериальной язвы включают вазопростан. Собственный опыт лечения 400 больных с артериальными язвами вазопростаном подтвердил его большую эффективность: у 70% больных с артериальными язвами удалось обойтись без операции. Отсутствие эффекта отмечено лишь у 5% пациентов, в таких случаях проводится реконструктивная операция. Далее подробно изложил виды реконструктивных операций, поделился результатом собственных наблюдений. Еще раз подчеркнул, что отказ больного с артериальной язвой от курения значительно повышает процент улучшения (заживления) язв, как при консервативном, так и при оперативном лечении.

Вопросы к докладчику

Вопрос: Артериальные язвы заживали у больных сахарным диабетом на фоне консервативного лечения?

Ответ: Да, в 13% случаев;

Вопрос: Как долго следует вводить в/в препарат у больных артериальными язвами?

Ответ: Не менее двух часов;

Вопрос: Как Вам удалось наблюдать большую группу больных, которых лечили вазопростаном? Препарат очень дорогой;

Ответил на вопрос А. В. Покровский: Да, препарат дорогой, но мы его для больных получили бесплатно от фирмы, вот отсюда наши цифры.

3. Проф. В. М. Кошкин (кафедра факультетской хирургии РГМУ)

«Диабет и трофические язвы: патогенез»

Докладчик представил классификацию диабетических язв и их морфологическую характеристику при сахарном диабете I и II типа. Обратил внимание присутствующих на то, что трофические язвы при сахарном диабете крайне трудно лечить, течение их более тяжелое, упорное и это объясняется развивающейся микроангио- и нейропатией. Трофические язвы при сахарном диабете рассматриваются, как симптом синдрома диабетической стопы. Представил схему консервативного лечения трофической язвы у больных сахарным диабетом. Рекомендовал для лечения вазопростан, препараты альфа-липоевой кислоты и системную энзимотерапию.

Вопросы к докладчику

Вопрос: Как дорого стоит лечение трофических язв у больных сахарным диабетом?

Ответ: В США — 7—10 тысяч долларов, в Швеции — 15 тысяч долларов;

Вопрос: Какой препарат из энзимной группы Вы рекомендуете?

Ответ: Флогэнзим.

4. И. В. Гурьева (Центр диабетической стопы МЗ РФ)

«Диабетические язвы стоп: клиника и лечение»

Дана характеристика диабетической язвы стопы. Выделены различные формы синдрома диабетической стопы (нейропатическая, нейроостеоартропатическая и нейроишемическая). УЗИ (доплеровское сканирование) является основным методом диагностики. Для назначения адекватной терапии язвенного дефекта рекомендуется определить чувствительность (с помощью английской булавки), размер язвы, инфицированность. Проводить постоянный контроль уровня сахара (не более 7 ммоль/л). Лечение во всех случаях начинается с разгрузки стопы (лечебные ботинки, костыли, ортезы и др.), назначение антибиотикотерапии (обязательно определение чувствительности). Особое внимание обратила на один из новых методов лечения — наложение разгрузочного гипса. Лечение диабетической стопы — бесплатное. Продемонстрировала ортопедические ботинки, которые выпускает наша промышленность. Ортопедическая обувь также предоставляется бесплатно.

Комментарий к докладу А. В. Покровского:

При лечении диабетической язвы стопы в первую очередь необходимо проводить коррекцию сахарного диабета, уровень гликемии — не 7, а 5,5 ммоль/л и только!

Заключение.

Заседание закончилось вручением памятных подарков и дипломов действительного члена ангиологической секции врачам, посетившим все 6 заседаний в 2004 году, а также розыгрышем подписки на медицинские журналы.

ИнтерНьюс

Высокопоточная оксигенотерапия через лицевую маску может улучшать прогноз и расширять терапевтическое окно для тромболитика у больных с острым инсультом

Авторы этого пилотного исследования, д-р Аниш Синхал и его коллеги (Massachusetts General Hospital, Бостон) выяснили, что нормобарическая оксигенотерапия вызывает транзиторное улучшение клинического состояния ЯМР-картины при начале в первые 12 ч от появления симптомов инсульта. Ранее в исследованиях на лабораторных животных было показано, что гипероксия замедляет процесс формирования инфаркта мозга. Ученые включили в свое пилотное исследование нормобарическую оксигенотерапию 16 пациентов с острым ишемическим инсультом, поступавших в первые 12 ч от развития симптомов. У всех участников отмечалось несоответствие перфузии и диффузии при исходном ЯМР, что говорило о наличии жизнеспособной ткани. Затем пациенты рандомизированно получали высокопоточную оксигенотерапию с помощью лицевой маски, в течение 8 ч, либо дышали обычным воздухом (группа контроля). Клинические и ЯМР-параметры оценивались исходно, через 4 ч, 24 ч, 1 неделю и 3 месяца. Оказалось, что в обеих группах исходные баллы по шкале тяжести инсульта были одинаковыми, но уже к 4 ч состояние больных из группы нормобарической оксигенотерапии стало улучшаться, и к 24 ч эти различия достигли статистической значимости. Впрочем, по истечении 3 месяцев это улучшение не сохранилось. На фоне нормобарической оксигенотерапии улучшались показатели ЯМР (объем поражения, объем церебрального кровотока, скорость кровотока в зонах ишемии), даже без артериальной реканализации. Эти различия были статистически значимыми через 4 ч, но не позднее. Через 24 ч реперфузия, подтвержденная ЯМР, была достигнута у 50% лиц из группы нормобарической оксигенотерапии, и лишь у 17% из группы контроля. В новых исследованиях будут изучены терапевтическое окно при нормобарической оксигенотерапии, ее оптимальная продолжительность, эффективность при различных вариантах инсульта. Однако уже сейчас можно говорить о том, что за счет замедления процессов инфарктирования, нормобарическая оксигенотерапия может использоваться как дополнительный метод терапии, расширяющий терапевтическое окно для реперфузии и других нейропротективных вмешательств.

Источник:

Stroke 2005; 36: 797-802.

Подростки и марихуана

Каковы факторы риска для начала экспериментирования в курении «травки», а затем регулярного употребления марихуаны у подростков? Основные, оказались такими: табакокурение, потребление спиртного, асоциальное поведение. Эти три наиболее важных фактора риска способствующих возникновению болезненного пристрастия к марихуане. Данные материалы опубликованы на сайте Великобританского Кардифского университета. Исследования проводились его сотрудниками совместно с представителями NIDA (национальный институт токсикоманий, США). Опрашивалось свыше 13700 школьников и студентов в возрасте от 11 лет до 21 года. Наблюдение проводилось дважды, с интервалом в один год. Половина опрошенных, спустя год продолжали курение марихуаны. 21 критерий использовался в анализе возникновения пристрастия к наркотикам: характерологические особенности личности, отношение в семье, религиозность и т. д. По отношению к употреблению наркотика было определено пять этапов: удовлетворение любопытства, систематическое потребление, регулярное использование, возникновение психической зависимости, возникновение физической зависимости.

Источник:

medicus.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

- ❖ Ежемесячный толстый научно-практический медицинский журнал. Выходит с 1995 г.;
- ❖ Предназначен для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста;
- ❖ Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными вопросами, организации здравоохранения, этическими вопросами, законодательством;
- ❖ Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах.

Наш адрес: 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4. ГКБ № 7

Тел./факс: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdrav.net, www.zdravkniga.net.

Индекс журнала 72767 по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

ИнтерНьюс

Аспирин так же эффективен, как и варфарин, во вторичной профилактике инсульта у больных с интракраниальным стенозом. Однако аспирин более безопасен и экономически выгоден

По мнению д-ра Марка Химовица и его коллег (Университет Эмори, Атланта, Джорджия) применение аспирина у таких пациентов позволит достоверно снизить риск больших кровотечений и избежать неудобств, связанных с приемом варфарина. Как известно, атеросклеротический интракраниальный стеноз является причиной инсульта. Традиционно таким больным назначается варфарин, а не аспирин, однако до настоящего времени оба препарата не сравнивались в рандомизированном клиническом исследовании.

В рамках исследования WASID (Warfarin Aspirin Symptomatic Intracranial Disease) авторы назначали 569 больным с транзиторной ишемической атакой или инсультом, обусловленными интракраниальным стенозом крупной артерии, варфарин (в дозе, обеспечивающей МНО 2,0—3,0) либо аспирин по 1300 мг/сут. За время наблюдения (в среднем 1,8 лет) между группами не было отмечено достоверных различий по комбинированной частоте ишемического инсульта, геморрагического инсульта и смерти от других сосудистых причин: 22,1% в группе аспирина и 21,8% в группе варфарина. В то же время, в группе варфарина была достоверно выше частота больших кровотечений и общей смертности — 8,3% и 9,7%, по сравнению с 3,2% и 4,3%, соответственно, на фоне приема аспирина. Кроме того, варфарин — более дорогой препарат, он требует постоянного мониторинга дозы. Переход с варфарина на аспирин позволит сэкономить более 20 миллионов долларов в год только в США.

Однако автор редакторской статьи того же номера, д-р Уолтер Корощец (Massachusetts General Hospital, Бостон) рекомендует интерпретировать результаты исследования WASID с большой осторожностью и призывает к проведению новых клинических испытаний, в которых бы более тщательно контролировалось МНО на фоне приема варфарина.

Источник: N. Engl. J. Med. 2005; 352: 1305—16.

Британия «отнимает» врачей у Африки

Медицинская общественность Британии критикует правительство за то, что оно продолжает опираться на медперсонал из развивающихся стран для заполнения вакансий в Национальной службе здравоохранения. Британское правительство недавно ввело новый жесткий свод правил отбора зарубежного медперсонала из развивающихся стран. Однако Британская медицинская ассоциация утверждает, что ужесточение законов никак не сказалось на оттоке квалифицированных кадров из африканских стран. В прошлом году, например, две трети врачей и 40% медсестер, устроившихся на работу в Британию, были иммигрантами. При этом 12,5 тысяч врачей приехали из тех африканских стран, которым самим не хватает медперсонала. Гану, например, покинули более половины всех врачей, а четверть оставшихся в Малави врачей умрут от СПИДа в ближайшие пять лет. В Замбии из 600 врачей, прошедших обучение после обретения страной независимости, на родине продолжают работать только 50. Зимбабве с начала 1990-х покинули три четверти медиков. В Уганде на каждые 100 тысяч человек приходится только 10 медсестер — в 10 раз меньше, чем в Британии. Би-би-си удалось получить данные, указывающие на то, что государства Африки потратили в общей сложности около 270 миллионов фунтов (около 515 млн. долларов) на обучение врачей и медсестер, которые потом уезжают работать в Британию. Кроме того, как свидетельствуют эти данные, сама Британия, где обучение стоит намного дороже, сэкономила на иностранной рабочей силе огромные суммы. Действия официального Лондона имеют катастрофические последствия для развивающегося мира. Между тем представитель министерства здравоохранения Британии отметил, что в последние пять лет Лондон выделил на медицинские нужды Африки 650 млн. фунтов.

Источник: news.bbc.co.uk

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 28.10.2004 г. № 5

Сопредседатели секции:
главный кардиолог МЗ РФ, член-корр. РАН,
акад. РАМН, проф. Ю. Н. Беленков;
проф. В. А. Сандриков;
проф. М. Г. Глезер
Постоянный оппонент: проф. П. А. Воробьев
Секретарь: к. м. н. Л. А. Положенкова

Круглый стол: «Инфаркт — что дальше? Можно ли продлить жизнь?»

Заседание открыл Ю. Н. Беленков. Кардиология является одной из наиболее динамично развивающихся областей медицины. Успехи последних лет, касающиеся патогенеза, диагностики и лечения инфаркта миокарда, очевидны, однако смертность от инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома остается высокой, особенно в России, составляя 19%, а в США и в Европе 9—11%. Создание единого подхода в решении проблемы инфаркта миокарда у россиян, поможет улучшить создавшуюся ситуацию.

1. Проф. М. Г. Глезер (ММА им. И. М. Сеченова)

Острый инфаркт миокарда — нейрогормональный шторм, и мероприятия необходимо проводить своевременно и целенаправленно, отмечено в докладе. При появлении боли за грудиной, лучше больного госпитализировать в специализированный стационар в первые 24 часа, раннее назначение аспирина вместе с тромболитиками необходимо сочетать с бета-адреноблокаторами. Роль последних неоспорима и, если нет абсолютных противопоказаний к их применению, то их польза очевидна. Перечислив препараты (атенолол, тимолол, метопролол и др.), обратила внимание на преимущество каждого из них, форму введения (внутри или в/венно), дозу и длительность использования. Именно бета-блокаторы у больных с инфарктом миокарда могут предупредить внезапную смерть, развитие нарушения ритма, они дают и антисклеротический эффект.

2. Проф. О. В. Аверков (Москва, больница № 29)

Особое внимание обращено на необходимость применения дезагрегационной терапии у больных не только при развитии острого тромбоза коронарных артерий, но и после выписки их из стационара. Перечислив препараты, которые необходимо использовать в таких случаях (аспирин, клопидогрель и др.), отметил, что следует учитывать их переносимость в каждом конкретном случае, дозу подбирать индивидуально, возможно их комбинировать и т. д. Несмотря на осложнения, сопряженные с их применением, отсутствие достоверных тестов для оценки их действия, польза антиагрегантной терапии несомненна. Результаты собственных наблюдений докладчика показали достоверное увеличение продолжительности жизни больных, перенесших инфаркт миокарда, благодаря антиагрегантам.

Вопросы докладчику касались аспирина, продолжительности курса лечения, назначения клопидогреля, известного прежде своей высокой ценой. Ответы были освещены в докладе.

Комментарий П. А. Воробьева:

Когда речь идет о человеческой жизни, то неправильно обсуждать только экономическую сторону, т. к. часто при высокой эффективности это не затрата денег, а их экономия.

3. Проф. А. В. Шпектор (Москва, больница № 23)

В своем выступлении обратил внимание на особенность лечения группы больных с острым инфарктом миокарда и подъемом ST-сегмента. Во-первых, как можно раньше начинать тромболитизис. Под действием стрептокиназы «ручеек потек», сказал докладчик, боли у пациента уходят. Во-вторых, экстренная ангиопластика. Такая тактика значительно повышает выживаемость больных с острым инфарктом миокарда.

Вопросы к докладчику

Вопрос: Если у больного с инфарктом миокарда есть болевой синдром, показана им коронарография и стресс-тесты?

Ответ: Да, уточняют зону поражения и резерв.

Вопрос: Сколько людей бросают курить после инфаркта миокарда?

Ответ: Точно не знаю, но подавляющее большинство.

Комментарий П. А. Воробьева:

Судя по анкете опрошенных слушателей, присутствующих сегодня на заседании, бросают курить только 10%.

Докладчик был не согласен с замечанием П. А. Воробьева, мотивируя это тем, что если больной прошел коронарографию, ему поставили стент и он заплатил 2500 долларов, то убеждать очень просто.

4. Проф. Д. М. Аронов (ЦПМ)

Сообщение посвящалось реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Основная рекомендация — не спешить с выпиской из стационара таких больных домой. В США больных, перенесших инфаркт миокарда, выписывают через 5—7 дней, но это при неосложненном течении. При этом больного обучают, как себя вести дома, и он постоянно общается с врачом. В нашей стране пока еще недостаточно «отработаны» и созданы условия для реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Рекомендовал создавать «облегченные» отделения, где 7—12 дней, будут долечивать таких больных, затем им следует обеспечить нормальную диспансеризацию (прежде всего, создать школу больных, где будет проводиться психологическая и физическая адаптация и т. д.).

5. Проф. Д. А. Затейщиков (МЦ УД Президента РФ)

Докладчик обратил внимание на необходимость лечения больных, перенесших инфаркт миокарда, статинами. Установлено, что эти препараты не только снижают холестерин, но и значительно продлевают жизнь больным, перенесшим инфаркт миокарда. Вместе с тем, подчеркнул докладчик, россияне занимают последнее место по их использованию, т. к. эта группа препаратов известна у нас, как препараты, снижающие холестерин. Это не так, например, симвастатин снижает риск развития инфаркта миокарда у больных с ИБС на 20%.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Какой лучше препарат назначить больному после перенесенного инфаркта миокарда?

Ответ: Аторвастатин, однако категорично утверждать нельзя. Эти препараты рекомендуется подбирать, комбинировать;

Вопрос: Какое преимущество имеют статины при их назначении больным, перенесшим инфаркт миокарда?

Ответ: Статины обладают прямым антиишемическим эффектом.

Заключение

В заключение Ю. Н. Беленков сказал, что для того чтобы снизить смертность больных с инфарктом миокарда, улучшить качество жизни, перенесших инфаркт миокарда,



предупредить возможное развитие повторного инфаркта, мы должны, прежде всего, соблюдать существующие стандарты лечения инфаркта миокарда. Точно установив диагноз инфаркта миокарда (с подъемом ST-сегмента или без его подъема) и т. д. срочно госпитализировать в специализированное отделение и лечение, прежде всего тромболитизис начинать в первый час. Врачи шире должны использовать хирургическое лечение (ангиопластика, стентирование, аортокоронарное шунтирование) в таких случаях. Он отметил, что в их институте процент хирургических осложнений составляет менее 2%. Особое внимание также следует обратить на реабилитацию больных.

В заключение приводим анкету опроса присутствующих на заседании.

АНКЕТА

Возраст: 20—29 лет — 11%; 30—39 лет — 23%; 40—49 лет — 23%; 50—59 лет — 20%; 60—69 лет — 23%; старше 70 лет — 1%.

Мужчина — 20%, женщина — 80%. 63% терапевтов, 31% кардиологов, менее 6% — другие специалисты. Работают 49% — в поликлинике, 49% в стационаре, остальные в других мед. организациях.

Препараты каких групп, по Вашему мнению, обладают свойством предупреждать повторное развитие инфаркта миокарда? Бета-блокаторы и аспирин по 86%, гиполипидемические средства — 83%, иАПФ — 71%, варфарин — 40%.

Сколько больных (%) перенесших инфаркт миокарда по Вашему опыту бросили курить? 1—5 и 5—10 по 34%, 10—30 — 14%, около 50—9%.

Какие препараты и как часто Вы используете в своей практике при лечении больных, перенесших инфаркт миокарда (укажите % от общего числа больных)? Аспирин—99%, бета-блокаторы и иАПФ по 90%, нитраты — 60%, гиполипидемические средства и диуретики по 40%, антагонисты Са — 25%.



ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Управление качеством

ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

по стандартизации, лицензированию, аккредитации в управлении качеством в здравоохранении

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ!

Публикует научно-методические и нормативные материалы по управлению качеством в здравоохранении. Со страниц журнала Вы узнаете все о протоколах ведения больных, формулярной системе, лицензировании медицинской деятельности, аккредитации медицинских организаций, медицине доказательств и клинико-экономическом анализе в управлении качеством медицинской помощи.

Журнал осуществляет первую публикацию нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении.

Наш адрес:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «Ньюдиамед».

Тел./факс: 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdravkniga.net

Внимание,

косметологическая опасность: облага на салоны и фитнес-центры.

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития начаты проверки косметических салонов и фитнес-центров. Принцип выбора прост: по публикациям рекламы в журналах и газетах с предложением неразрешенных медицинских технологий. Как обычно не будем называть конкретных адресов и названий: наша задача научить Вас, дорогие читатели, различать подделки и мошенников самостоятельно.

К проверке были привлечены сотрудники Федеральной службы, МВД, Минздравсоцразвития, представители федеральных косметических клиник. По рекламе было выбрано двадцать две случайные клиники и салона. При проверке все эти организации имели лицензии на медицинскую деятельность, выданные не позже года назад Департаментом здравоохранения г. Москвы.

О технологиях: все рекламировали технологии лечения, не зарегистрированные в установленном порядке, другими словами — не разрешенные к применению. Некоторые технологии имели такие названия, которые не дают возможность отнести их к чему бы то ни было понятному: «минимальная гипсовая программа», «латинозное тело», «мезолифтинг», «введение диплоидных клеток».

Антиреклама

Кто же там лечит и дуриет? Например, один сексопатолог не смог показать диплома ни о каком высшем образовании. Действительно, такая специальность диплома не требует, только таланта. Как правило, врачи консультанты, работающие в салонах, не имеют сведений о повышении квалификации или о специализации. Сам себя рисую...

Чем торгуют? Всем, например «амниотической жидкостью во флаконах», «жидкой плацентой», какими-то диковинными приборами от всех болезней, заодно — шприцами и иглами. Ни разрешений, ни сертификатов, ни лицензий. Не исключено, что сбываются так шприцы и иглы, которые уже были в употреблении, затем их помыли, промочили спиртом и упаковали. Для повторного использования. Такие факты ранее уже вскрывались. А шприцов и игл на помойках вокруг больниц — тысячи, ведь системы уничтожения этого опасного мусора у нас не существует.

Девять организаций признали свою вину и сняли из своих прайс-листов незаконные технологии, у остальных — приостановлена лицензия. Ни одна из организаций с приостановленной лицензией не перестала работать. А у — МВД и Налоговая инспекция, вам меседж. Не обошлось и без угроз здоровью и жизни проверяющих, звонков крышующих. Без этого нельзя, слишком большие деньги крутятся в этом бизнесе на человеческом здоровье.

Больше рекламы, дорогие жулики, и мы идем к Вам!

Главный редактор П. А. Воробьев

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

До последнего времени существовало твердое убеждение в том, что инфекционный мононуклеоз является болезнью детей, юношей и реже развивается в зрелом возрасте. Считалось что его возрастной предел 40—45 лет. Совсем недавно нам представилась возможность посмотреть на эту проблему другими глазами. Оказалось, что инфекционным мононуклеозом можно заболеть и в пожилом возрасте, и даже будучи старым человеком, и что к нему имеется семейная предрасположенность.

Мы наблюдали семью двух врачей: ей 60 лет, когда она первая в семье заболела инфекционным мононуклеозом — доказанным не только морфологически, но и этиологически. С помощью вирусологического исследования было показано, что наша больная заражена вирусом Эпштейна—Бара. Через некоторое время после нее заболели инфекционным мононуклеозом два ее внука, проживающие в другой стране и не контактировавшие с бабушкой длительное время. Последним заболевшим в семье оказался дед, у которого в 70 лет развилась типичная морфологическая и клиническая картина инфекционного мононуклеоза и при этом так же был выделен вирус Эпштейна—Бара. Когда клинически и морфологически у него исчезли признаки инфекционного мононуклеоза, было обнаружено, что у него имеется лимфатический лейкоцитоз — это вызвало недоумение, так как после завершения гематологического и клинического циклов инфекционного мононуклеоза остаточного лимфоцитоза никогда не наблюдается. Встал вопрос о диагнозе. Было проведено иммуноморфологическое исследование (иммунофенотипирование) и оказалось, что у больного кроме перенесенного инфекционного мононуклеоза наблюдается В-клеточный хронический лимфолейкоз, который пока протекает клинически бессимптомно и никакого лечения не требует. Увеличение лимфатических узлов в типичных для инфекционного мононуклеоза локализациях исчезло после излечения больного от инфекционного мононуклеоза. Хронический лимфолейкоз лимфоаденопатией или увеличением лимфатических узлов пока не сопровождается.

Это наблюдение представляет большой интерес, так как нозологически инфекционный мононуклеоз привлекает к себе внимание гематологов, которые по неопытности могут принять атипичные мононуклеары — лимфоциты, — характерные для этой болезни, за бластные клетки и на этом основании поставить диагноз острого лейкоза. Такая ситуация реально наблюдается, и только хорошее знание морфологии врачом-лаборантом или гематологом избавляет больного и его семью от трагических переживаний и противопоказанной цитостатической терапии. Инфекционный мононуклеоз по диагностике располагается на стыке нескольких специальностей: риноотоларингологов, инфекционистов, гематологов и педиатров. Инфекционисты и риноотоларингологи легко

смешивают изменения небных миндалин наблюдающееся при инфекционном мононуклеозе с дифтерией, так как при инфекционном мононуклеозе нередко наблюдается развитие серых налетов на увеличенных миндалинах. Противодифтерийная сыворотка особенно противопоказана больным инфекционным мононуклеозом, так как это вмешательство может привести к резкому увеличению миндалин и необходимости трахеотомии. От инфекционного мононуклеоза при правильном лечении никто не умирает, а после осложнений трахеотомии бывают летальные исходы. Опытный врач никогда не поставит диагноз дифтерии без анализа крови, так как в противоположность инфекционному мононуклеозу, при котором наблюдается нейтропения и типичный для него небольшой лимфоцитоз и моноцитоз и диагностические клетки-лимфоциты; при дифтерии наблюдается нейтрофилез, токсогенная зернистость нейтрофилов и сдвиг ядерной формулы. Кроме этого опытный врач, поставив диагноз инфекционного мононуклеоза, не будет назначать антибактериальной терапии, так как кроме грибковых осложнений она никаких положительных результатов не принесет. Инфекционный мононуклеоз не бактериальная, а вирусная инфекция, не требующая при этом этиотропного лечения, но требующая обязательного контроля за состоянием печени, так как кроме инфекционного мононуклеоза вирус Эпштейна—Бара вызывает гепатит, который протекает обычно без желтухи. Больной нуждается в строгой диете, соблюдении щадящего режима не менее 2 месяцев и если течение болезни сопровождается высокой лихорадкой и очень значительным увеличением миндалин на фоне характерного «пылающего» неба, рационально бывает применение стероидных гормонов в небольших дозах. После выздоровления от инфекционного мононуклеоза, как от лимфоаденопатии и характерной картины крови больной должен избегать переохлаждений, тяжелых физических нагрузок и соблюдать диету, как при гепатите. Болезнь контагиозна, особенно легко она передается через поцелуй, поэтому ее полухлещиво называют студенческой болезнью. Для инфекционного мононуклеоза существует не только характерная морфологическая картина крови, но и характерный лейкоцитоз $12-16 \cdot 10^9/л$, хотя болезнь может протекать и с лимфоцитозом. Для постановки диагноза достаточно клинико-гематологической картины и подтверждения диагноза обнаружением вируса Эпштейна—Бара. В стерильной пункции нет никакой необходимости и резона, также как и в специальном морфологическом исследовании лимфатических узлов, обычно расположенных в затылочной области и по заднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Могут увеличиваться и другие лимфоузлы выше диафрагмы, иногда наблюдается и небольшое увеличение селезенки.

Клинический разбор подготовила к. м. н. Гриншун Л. Д.

ИнтерНьюс

Социальная изоляция повышает уровни маркера воспаления, интерлейкина-6, и, как следствие, риск сердечно-сосудистых заболеваний

Доктор Эрик Лукас и его коллеги (Гарвардская Школа Общественного Здоровья, Бостон, Массачусетс) обследовали 3267 мужчин и женщин, средний возраст 62 лет, принимавших участие во Фрамингемском исследовании. В период 1998—2001 гг. участники отвечали на вопросы о выраженности их социальных связей (оценка по 4-балльной шкале; 4 балла — максимальная социальная поддержка). Кроме того, определялись уровни маркеров воспаления: интерлейкина-6, С-реактивного белка, растворимых молекул межклеточной адгезии-1, моноцитарного протеина-хемоаттрактанта-1.

После поправки на возможные вмешивающиеся факторы оказалось, что у мужчин с минимальной социальной поддержкой самые высокие уровни интерлейкина-6: в среднем 2,85 пг/мл, по сравнению с 3,52 пг/мл у лиц с наиболее активной социальной жизнью. Для трех других маркеров воспаления аналогичной связи обнаружено не было. Более того, у женщин отсутствовала связь между степенью социальной поддержки и уровнями всех 4 маркеров воспаления. По мнению авторов, связь между социальной изоляцией и маркерами воспаления может объясняться нездоровым образом жизни (гиподинамия, курение) либо стрессом и депрессией у одиноких людей. Представляя полученные данные на 45-ой конференции Американской Кардиологической Ассоциации «Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний», авторы заключили, что интерлейкин-6 может быть биологическим медиатором влияния социальной поддержки на сердечно-сосудистый риск у мужчин.

Источник: American Heart Association 45th Annual Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology and Prevention; Washington, DC: May 2005.

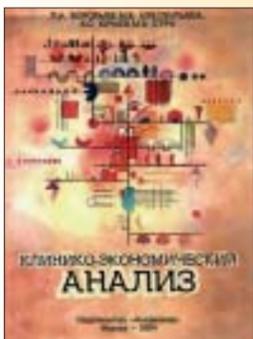
Распространенность факторов сердечно-сосудистого риска (ожирение, гипертония, гиперхолестеринемия) продолжает увеличиваться в развивающихся странах. Все нарастает важность профилактических мероприятий в странах с низким и средним доходом на душу населения

Доктор Махид Эзати и его коллеги (Гарвардская Школа Общественного Здоровья, Бостон, Массачусетс) проанализировали распространенность таких факторов риска, как ожирение, гипертония, гиперхолестеринемия, в 80 странах мира и их связь с экономическими параметрами (национальный доход, доля дохода домохозяйства, которая тратится на продукты питания; доля городского населения). Учитывались результаты опубликованных исследований, доклады министерств здравоохранения и ВОЗ, данные переписи населения и т. д. Выяснилось, что индекс массы тела быстрее всего нарастал при доходе около 5000 международных долларов, достигая максимальных значений при доходе около 12000 международных долларов у женщин и 17000 международных долларов у мужчин. Уровень общего холестерина имел аналогичную динамику, с некоторым «отставанием» — его максимальные значения соответствовали доходу около 8000 международных долларов и 18000 международных долларов соответственно. Наблюдалась обратная связь между индексом массы тела/холестерином и долей дохода домохозяйства, тратящейся на продукты питания, а также прямая связь между индексом массы тела /холестерином и долей городского населения.

По мнению авторов, увеличение индекса массы тела в условиях города может быть обусловлено большим объемом потребляемой пищи, наличием общественного транспорта, доступностью телевидения. Снижение индекса массы тела и уровня холестерина может быть достигнуто за счет большей доступности свежих овощей и фруктов, меньшего потребления соли, применения различных медикаментов.

По мнению авторов, именно на развивающиеся страны в ближайшем будущем придется основное бремя инфекционных заболеваний и факторов сердечно-сосудистого риска. Без адекватных профилактических мер все основные заболевания на планете станут болезнями бедных.

Источник: PloS Med 2005; online first.



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

Под редакцией профессора П. А. Воробьева

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.

Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

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

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

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

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.



АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ

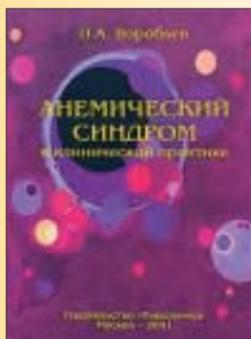


профессор П. А. Воробьев

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.

«АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

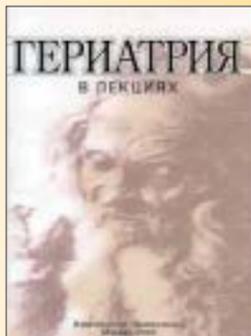


Профессор П. А. Воробьев

Патология системы крови — часто встречающаяся в практике врача любой специальности.

Подробное изложение наиболее часто встречающихся в практике интерниста анемий — железодефицитной, В12-дефицитной, анемий хронических заболеваний. Краткие характеристики гемолитических анемий, других вариантов наследственных и приобретенных заболеваний, алгоритмы диагностического поиска и оптимизации выбора терапии, возрастные особенности.

«ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ»



Под ред. профессора П. А. Воробьева

Том 1

Лекции, созданные лучшими специалистами в геронтологии, гериатрии, терапии врачам всех специальностей, чьи пациенты — пожилые люди.

Фундаментальные вопросы биологии патологической старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики и лечения, социальные вопросы — все это предназначено для врачей, кто видит проблему пожилого человека стратегически важной.

Инфузионная терапия является важнейшим компонентом помощи больным с тяжелой травмой. Методы инфузионной терапии сформировались преимущественно в середине прошлого века, в основном на основе обширных данных лабораторных и клинических экспериментов. Этим обосновывали цель — восполнение потерянного объема крови — и использование растворов высокомолекулярных веществ (ВМВ) для удержания воды в сосудистом русле. Использование растворов ВМВ приводит к очевидному для врача более эффективному поддержанию артериального давления, и явным чемпионом среди таких растворов является раствор человеческого альбумина. К сожалению, в клинических испытаниях это положение было проверено недостаточно полно.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от В. В. Власова

(Российское отделение Североевропейского центра Кокрановского сотрудничества, Москва)

АЛЬБУМИН — ЖИЗНЬ ИЛИ СМЕРТЬ

Во второй половине XX века было проведено довольно много сравнительных рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ). В них сравнивались разные инфузионные растворы между собой и с «простейшим стандартом» — изотоническим раствором хлорида натрия. Оказалось, что различия в исходах лечения с использованием ВМВ и с использованием изотонического раствора совсем невелики. Самое большое внимание результаты этих исследований привлекли к себе в 1998 году, когда группа английских ученых в рамках Кокрановского сотрудничества подготовила систематический обзор эффективности альбумина или белковой фракции крови в сравнении с кристаллоидными растворами или отсутствием инфузий у больных, нуждающихся в интенсивной терапии в критическом состоянии. Было установлено, что инфузии альбумина приводят к небольшому повышению летальности у пациентов с гиповолемией, ожогами и гипопропротеинемией. Примерно на каждые 17 таких больных, леченых с помощью альбумина, погибает один пациент дополнительно.

Поскольку объединение результатов разных исследований представляет собою методически сложную задачу, которая может решаться несколькими различными методами, авторы сделали осторожные выводы о том, что полезность применения альбумина не доказана и текущая практика должна быть пересмотрена до тех пор, пока не будут получены более надежные данные. Реакция врачей и регулирующих органов не замедлила последовать. В Великобритании Комитет по безопасности лекарственных средств (Committee on Safety of Medicines) обратился к врачам с предложением ограничить использование альбумина только случаями тяжелой гиповолемии. В течение короткого времени потребление альбумина в Великобритании резко сократилось (на рисунке — данные об использовании альбумина в Шотландии, нижняя линия; выше — потребление продуктов Bio Products Laboratory (пунктир — 20% альбумин, штрих-пунктир — 4,5% альбумин, верхняя линия — всего). Примерно то же стало происходить и в других странах.

Производители альбумина инициировали кампанию пропаганды своей продукции, включавшую проведение новых систематических обзоров, популярные публикации, распространение критических материалов о Кокрановском сотрудничестве, конференции, расширение рекламы, спонсировали новые неконтролируемые «апробации»,

сопротивляясь снижению продаж, как только возможно. В России моя попытка опубликовать статью с изложением материалов обзора была блокирована Е. Жибуртом, тогда руководителем трансфузиологической службы Министерства Обороны. В традициях этой службы до сих пор планирование инфузионной терапии не на основе доказательств полезности, а на основе опыта переливаний в предыдущую военную кампанию.

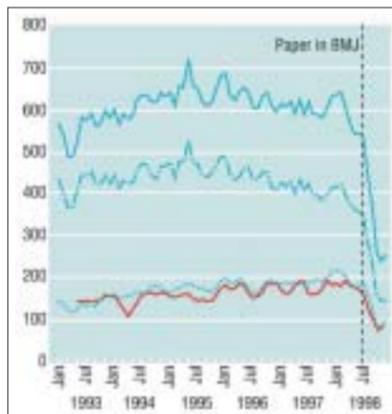
Производители открыто ставят своими задачами влияние на медицинскую практику, в том числе через влияние на финансирующие органы и на потребителей (пациентов). Вершиной PR-компаний стало опубликование в 2002 г. обзора Wilkes с соавторами, в котором заново рассматривались результаты РКИ. Авторы обзора, применив несколько иной метод обобщения результатов испытаний, пришли к выводу о том, что доказательств опасности альбумина нет.

Этот анализ авторы представили как «выявивший, что альбумин не влияет на летальность... подтверждает безопасность альбумина... должен снять обеспокоенность в отношении опасности альбумина...». Между тем, разница в результатах мета-анализов невелика. Просто в такой совокупности 55 испытаний, которую подобрали авторы последнего мета-анализа, *повышение летальности от применения альбумина стало статистически незначимым*. Иными словами, риск смерти увеличивается в целом на 10 %, а в отдельных подгруппах на 76 %. Правда, статистически незначимо. Можно ли этот считать основанием для успокоенности? Разве для того применяют лекарственные средства, чтобы смертность не увеличивалась по сравнению с вливанием физраствора? Конечно же — нет. Альбумин применяют потому, что предполагают, что он способен *снизить летальность*. Если вмешательство НЕ помогает выживанию больных, а лишь несколько **УМЕНЬШАЕТ ИХ ВЫЖИВАНИЕ**, то каким должно быть отношение врача к такому вмешательству? Ответ очевиден.

Кокрановский обзор выявил неполноту наших знаний, малочисленность РКИ и приблизительность имеющихся оценок. Поэтому с особым вниманием специалисты следили за «решающим» испытанием SAFE. В этом двойном слепом РКИ изучали летальность в течение 28 дней у пациентов, поступивших в отделения интенсивной терапии одной из 16 университетских больниц, и нуждающихся в инфузионной терапии. Результаты не оставляют сомнения: летальность при использовании альбумина такая же, как при использовании физраствора, или выше (у пациентов с травмой, ОР 1.36).

Заметим, что во всех мета-анализах РКИ альбумина из рассмотрения исключались испытания, проведенные с препаратами, качество очистки которых вызывало сомнения. Предполагается, что плохо очищенный альбумин заведомо может быть опасен. В России большая часть альбумина и плазмы производится на предприятиях, где технология производства не вполне гарантирует качество продуктов. Отечественные препараты альбумина различаются даже по цвету у разных производителей, и непостоянны по цвету у одного производителя. Естественно, для нашей медицины реальные результаты терапии инфузией альбумина могут быть еще хуже.

В России, где экономические проблемы медицины столь остры, дорогостоящие продукты переработки крови представляют собой самостоятельный объект для разумного ограничения их потребления. Если же вспомнить об опасностях передачи инфекций с продуктами крови, то надо срочно ограничивать использование альбумина до получения в РКИ сведений, подтверждающих его полезность при травме и кровопотере. Однако российская служба крови, которая даже не знает, сколько в стране потребляется альбумина, и знает лучше других, каково его качество, с упорством, достойным лучшего применения, отстаивает интересы производителей.



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

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. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Моников, 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.И. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шпектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65