



14th EUROPEAN CONGRESS OF INTERNAL MEDICINE



X НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ



Сегодня мы являемся свидетелями значимого события. Впервые в отечественной истории мы принимаем в Москве Европейский конгресс терапевтов, 14-й по счету и чувствуем себя частью европейского сообщества интернистов. И девиз «Внутренняя медицина без границ» звучит как никогда мощно, открыто и убедительно. Научный форум проходит в Москве, в международном выставочном центре «Крокус Экспо», одновременно с X Национальным конгрессом терапевтов.

ВНУТРЕННЯЯ ТЕРАПИЯ БЕЗ ГРАНИЦ

Накануне этих мероприятий мы встретились с президентом Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), академиком РАН, профессором Анатолием Ивановичем Мартыновым, под руководством которого общество развивается уже три года.



Анатолий Иванович, как вы оцениваете такое уникальное событие, как Европейский конгресс терапевтов в России?

Уникальность в том, что такой конгресс можно провести в конкретной стране один раз за всю ее историю.

И действительно, мы шли к этому конгрессу непростым путем. Конкуренция была очень высока. Но наше общество сумело проявить себя как организация, способная подготовить подобное мероприятие на ответственном уровне. В этом неоднократно убеждались представители Европейского общества, которые участвовали в работе наших медицинских региональных и национальных форумов. При этом обязательно оцениваются уровень здравоохранения в стране, показатели рождаемости, смертности и т.п. на протяжении многих лет.

Еще один момент, который определяет выбор места проведения – это отечественные традиции, история медицины. Великие наши терапевты и почитаемые учителя – И.П. Павлов, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, М.П. Кончаловский, В.П. Образцов, А.Л. Мясников, Е.М. Тареев и другие известны во всем мире, очень авторитетные люди, которые создали в медицине целые направления. Например, учение профессора Г.Ф. Ланга об этиологии и патогенезе гипертонической болезни до сих пор получает творческое развитие и имеет мировое признание. Или выдающиеся работы кардиохирурга, профессора В.И. Колесова, сумевшего выполнить первое в мире маммаро-коронарное шунтирование у человека.

Следующий критерий, по которому выбирают страну, – уровень образования врачей. В Европе он достаточно высокий, но и наши специалисты широкого профиля подготовлены не хуже, хотя мы отстаем по внедрению конкретных методологий, например, хирургическим, диагностическим вмешательствам. Что касается общей подготовки терапевтов, особенно общеклинического профиля, мы на уровне зарубежных. В этом мы имели возможность убедиться, посещая европейские клиники. Наши пациенты, которые раньше предпочитали обращаться к западным врачам, теперь понимают, что в России лечат на таком же уровне.

Немаловажный фактор – это работа самого Общества терапевтов, его активность. Организацией конгрессов занимается именно Общество, деятельность которого оценивается по разным критериям. Первое – количество членов. На сегодняшний день их у нас более двух с половиной тысяч. К концу конгресса, надеемся, это число увеличится. Второе – активность членов общества, которая определяется количеством мероприятий. В течение года мы про-

(Продолжение на 2 стр.)

ДИНАМИКА СОВЕРШЕННО ОЧЕВИДНА

Редакции газеты «Интерфарммедика» удалось взять интервью у президента Европейской федерации внутренней медицины Франка Боша из Нидерландов, по приглашению Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) посетившего нашу страну.

Уважаемый доктор Бош! Вы не в первый раз в России. Что заставляет вас возвращаться в нашу страну?

Я в очередной раз приехал в Москву, чтобы убедиться в том, насколько гостеприимна русская земля и насколько хорошо мои российские коллеги знают внутреннюю медицину. В России у меня много друзей, я всегда рад встрече с ними. Кроме того, в программе конгресса всегда представлены крайне интересные лекции и семинары – мне любопытно сравнить мнение российских врачей с мнением моих европейских коллег.



Что изменилось в области терапии с тех пор, как вы приняли участие в первом в своей жизни международном конгрессе терапевтов?

С начала моей медицинской карьеры прошли десятилетия – за это время произошло столько перемен, что все их перечислить просто невозможно. Из тех, что кажутся мне наиболее важными, я бы упомянул, во-первых, взаимоотношения врача и пациента. Роль последнего в процессе лечения приобрела значительно больший вес. Пациент уже не просто больной, он полноценный партнер врача в процессе лечения. Сегодня мы значительно полнее обсуждаем с пациентами нашу тактику лечения, диагноз и возможные опции помощи. Мы вместе принимаем решения – и это позволяет нам подобрать препараты, которые подходят конкретному больному. Более детально объясняем пациенту, чего он может ожидать от лечения и какими могут быть побочные эффекты препаратов.

Во-вторых, прогресс в медицине позволил нам существенно сократить время пребывания больного в стационаре. На заре моей медицинской карьеры пациент с инфарктом миокарда мог провести в больнице две, а то и три недели. Сегодня при несложном течении заболевания пациенту восстанавливают кровообращение, назначают препараты и отправляют его домой – в общей сложности это может занимать всего несколько суток. Важным следствием этого стало уменьшение количества коек в стационарах. Кроме того, изменились акценты в диагностике. Если раньше важнейшую роль играли морфологические методы диагностики, то сегодня за счет стремительного развития методов визуализации постановка диагноза значительно ускорилась и упростилась. В любом скоромощном отделении есть широкие диагностические возможности, и терапевты, я в том числе, например, часто используем аппарат УЗИ вместо стетоскопа.

Есть и еще одна важная переменная, которую я обязан отметить: гораздо очевиднее стала важность непрерывных научных исследований. Мы сравнительно недавно пришли к осознанию того, что медицинские исследования – неотъемлемая часть медицинской помощи в целом. Сегодня каждый пациент получает лечение, которое пять лет назад было определено как наилучшее на основании исследований. Что мы будем назначать пациентам еще спустя пять лет, зависит от исследований, которые мы проводим сегодня.

(Продолжение на 2 стр.)

140 лет со дня рождения М.П. Кончаловского

«КУЛЬТУРА – ЭТО СУДЬБА»



В истории медицины сияют яркие имена, чьи труды не должны быть забыты. Великие врачи, обладавшие мощным интеллектом и энциклопедическими знаниями, истинной порядочностью и тонким пониманием искусства. Они настолько образно описывали клинические случаи в своих новаторских работах, что их языку могли бы позавидовать многие из нынешних литераторов, а нетерпимое отношение к невежеству, стремление к прогрессу и творческое врачебное мышление сделали бы честь любому из современных эскулапов. Недаром говорят, культура – это основа личности. И, прежде всего, врача.

Российское научное общество терапевтов отдает дань уважения одному из самых гениальных отечественных медиков, блестящему клиницисту и великолепному педагогу, всемирно признанному ученому и автору крупнейших открытий Максиму Петровичу Кончаловскому, чье 140-летие со дня рождения празднуется в 2015 г.

(Продолжение на 3 стр.)



ВНУТРЕННЯЯ ТЕРАПИЯ БЕЗ ГРАНИЦ

(Окончание. Начало на 1 стр.)

водим не менее семи межрегиональных конференций в разных городах страны. Представители Европейского общества терапевтов посещали эти мероприятия в Ростове-на-Дону, Новосибирске, Иркутске и др., видели реальный интерес, который проявляется со стороны врачей, и убедились, что мы можем проводить широкомасштабные мероприятия на очень хорошем уровне.

За последние годы мы провели около 100 школ повышения квалификации врачей в различных регионах страны. Их цель, не только донести современные тенденции и самые последние сведения в области медицины, но и дать возможность нашим специалистам накопить так называемые баллы, которые будут учитываться при аккредитации врачей. Это новое инициативное направление в работе Минздрава РФ, а мы его активно реализуем.

Еще один критерий – работа с молодыми кадрами. На каждом нашем мероприятии мы проводим конкурсы, в которых принимают участие студенты старших курсов, аспиранты, молодые терапевты до 35 лет. Конкурсы очень результативны и способны выявить, как мы говорим, «звездочки» будущей терапии. Победителям предоставляется возможность участвовать в школах за рубежом. По отзывам, наши российские молодые специалисты во многих областях подготовлены не хуже европейских, а в некоторых даже лучше. Это не реклама, а реальная очевидная информация, которую мы получаем от Европейского общества терапевтов.

Важное влияние на принятие решения о проведении конгресса в России оказали спецвыпуски газеты «Интерфарммедика», которая уже в течение пяти лет освещает конгрессы терапевтов и работу РНМОТ.

Таким образом, Европейский конгресс в Москве – это многоплановая, сложная, кропотливая, ежедневная работа. По всем вышеперечисленным критериям мы оказались на высоте и поэтому выиграли конкурс на проведение конгресса в 2015 г. среди уважаемых европейских стран.

И еще. Мы опасались, что последние европейские санкции повлияют на активность зарубежных участников. И действительно, вначале регистрация шла очень вяло. Но уже через пару месяцев пошла, что называется, «валом». Рассчитываем, что зарубежных участников будет более 1000, более 3000 – отечественные специалисты.

У нашего конгресса есть глубокий по смыслу лозунг: «Внутренняя медицина без границ!», который подчеркивает интернациональный интерес к встречам и обмену опытом. Научная программа очень насыщенная. У нас будет 80 докладов ведущих зарубежных специалистов и около 120 докладов российских специалистов по конкретным дисциплинам. Будут представлены все разделы внутренней медицины: кардиология, неврология, нефрология, пульмонология, ревматология, гастроэнтерология и т.д. Не сомневайтесь, что доклады будут не только современными и очень авторитетными, но и чрезвычайно содержательными. Интерес зарубежных и отечественных специалистов определяется еще и тем, что на сегодняшний день мы имеем более 2000 тезисов и постерных сообщений.

Последние два-три года у российских научных обществ особые отношения с Минздравом РФ. Курс на то, чтобы работать сообща, решать общие проблемы вместе. Ваше общество почувствовало это?

Действительно, в последнее время с Минздравом РФ мы работаем рука об руку. Когда мы подавали документы на конкурс, нужно было получить официальное письмо от Минздрава РФ. Нас поддержали. Юбилейный X Национальный конгресс терапевтов вошел в программу правительства в 2015 г.

Есть документ, подписанный премьер-министром Дмитрием Медведевым, в котором обозначены крупнейшие мероприятия страны, и мы попали в этот список.

Наше Общество реализует ряд национальных программ. В частности, по заданию Минздрава РФ, совместно с Институтом профилактической медицины мы проводим мониторинг по всей России с целью определения эффективности борьбы с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Это очень большая работа. Сейчас мы уже получили 2000 анкет, по которым можно сделать объективные анализы по двум первоочередным показателям: артериальному давлению и холестерину. Это два ведущих фактора риска в развитии сердечно-сосудистой патологии. На конгрессе мы озвучим конкретные цифры и посмотрим, насколько эффективно ведется в регионах страны профилактика данного заболевания.

Прошла национальная программа по острой сердечной недостаточности, куда вошли материалы, включая уровень лечения, частоту госпитализации, осложнений. Собраны многотысячные результаты по регионам России, которые мы представили в Минздрав РФ. По инициативе общества прошла национальная программа по апробации нового отечественного теста ранней диагностики инфаркта миокарда с помощью тест-полосок КардиоБСЖК. Только в Москве с помощью этого теста было обследовано на скорой помощи более 2000 больных. Тест позволяет с точностью до 90% определить есть инфаркт или нет. Это принципиально важно. Все это – иллюстрация тесного сотрудничества с Министерством здравоохранения РФ.

Как финансируются такие мероприятия, как конгрессы терапевтов?

Ни правительство, ни Минздрав в финансировании конгрессов не участвуют. Это международная практика. Даже всемирные конгрессы по любым направлениям не финансируются правительством – для реализации проектов есть членские взносы общества, работает выставка, она, естественно, для фирм платная, есть спонсоры, взносы участников. Например, европейцы платят за участие в конгрессе 350 евро. Учитывая непростую ситуацию у нас в стране, отечественные специалисты платят только 1000 рублей. Эти средства позволяют провести конгресс, симпозиумы, школы, реализовать научную программу.

Как вы общаетесь с элитой мировой и европейской терапии, как складываются ваши взаимоотношения с ней?

Элитой мы считаем руководство терапевтических обществ, где работают ведущие специалисты разных областей. С ними мы встречаемся в среднем три раза в год на различных мероприятиях. Отношения открытые, доброжелательные и заинтересованные. Если возникает потребность получить консультацию или информацию из Европы по той или иной патологии, мы обращаемся, как правило, через Президиум Европейского Общества терапевтов. И получаем по любому случаю консультацию либо по интернету, либо скайпу. Если говорить о более широких контактах, не только с элитой, должен сказать, что, когда встречаемся на конгрессах и разного уровня конференциях, мы всегда можем подойти к специалисту, посоветоваться по конкретному пациенту. Наши контакты не только полезные, но и доверительные. Препятствием может служить только одно – незнание языка. Должен сказать, что европейские санкции медицинское сообщество не приняло. В реальной жизни девиз «Внутренняя медицина без границ!» в полной мере соответствует действительности. И честно работает.

Беседовал
Валентин ТАРАТОРКИН

ДВИЖЕНИЕ ВПЕРЕД ВОПРЕКИ СЛОЖНОСТЯМ

2015 г. для Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), как всегда, был наполнен множеством разнообразных событий.

26–27 февраля в стенах Рязанского государственного медицинского университета имени И.П. Павлова прошла XVIII Межрегиональная научно-практическая конференция Российского научного медицинского общества терапевтов. В работе конференции приняли участие более 550 специалистов из Рязанской области, Орла, Саратова, Курска, Москвы и Санкт-Петербурга. В рамках форума состоялась совместная симпозиум РНМОТ и Российского общества по профилактике инфекционных заболеваний (РОПНИЗ), под председательством проф. С.А. Бойцова.

18–19 марта в Санкт-Петербурге состоялась XIV Конгресс терапевтов Санкт-Петербурга и Северо-Западного ФО. В работе конгресса приняли участие вице-губернатор Санкт-Петербурга О.А. Казанская, главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Минздрава России, академик РАН А.Г. Чучалин, вице-президент РАН, академик Г.А. Софронов, главные терапевты регионов СЗФО РФ.

2–3 апреля во Дворце молодежи города Перми прошла XIX Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ. В конференции приняли участие более 500 специалистов из Пермского края, Ижевска, Екатеринбурга, Новосибирска, Москвы и Санкт-Петербурга.

16–17 апреля в Нижнем Новгороде в конгресс-центре «Ока Премиум» состоялась III Съезд терапевтов Приволжского федерального округа. В работе Съезда приняли участие более 700 участников из Нижегородской, Ульяновской, Самарской и Саратовской областей, Республики Мордовия и Ингушетии, Пермского края, Республики Удмуртия, Татарстана, Санкт-Петербурга и Москвы. Заседания съезда проводились в 3 залах, а научная программа включала 15 симпозиумов по наиболее актуальным вопросам внутренней медицины, секцию «Амбулаторный прием» и конкурс молодых ученых, всего 84 доклада.

Основные направления программы мероприятия – особенности ведения больных с сердечно-сосудистой патологией, организация помощи пациентам с острым коронарным синдромом, различные аспекты работы врачей-терапевтов первичного звена, трудные вопросы диагностики и лечения в терапевтической практике, коморбидность и мультиморбидность, сочетание сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологии, заболевания легких и дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыводящих путей, профилактика и лечение ОРВИ. Был проведен симпозиум «Современные проблемы диагностики, лечения и профилактики артериальной гипертензии и сопутствующей органной патологии».

Важное место в научной программе съезда занял конкурс молодых терапевтов. В нем принимали участие молодые специалисты из Приволжского ФО не старше 35 лет, имеющие инновационные работы в области внутренних болезней. Поданные исследования рассматривались авторитетным жюри, по решению которого для финального тура были отобраны 9 участников. Победителем стала работа аспирантки кафедры факультетской и поликлинической терапии Нижегородской государственной медицинской академии Л.В. Кодзоевой (Назрань) «Ранние предикторы гиподиагностики тромбозов легочной артерии».

Второе место присуждено студентке 5 курса Ульяновского государственного университета Я.В. Ивановой (Ульяновск) за работу «Значение остро повреждения почек у больных с внебольничной пневмонией». Третье место заняла работа

Интервью вела В.А. КОКОРИН,
В.Б. ВАЛЕНТИНОВ

(Продолжение на 6 стр.)

ДИНАМИКА СОВЕРШЕННО ОЧЕВИДНА

(Окончание. Начало на 1 стр.)

Назовите имена российских интернистов, которых вы знаете, сыгравших какую-либо роль в вашей жизни?

Из наших современников я хорошо знаком с академиком А.И. Мартыновым, профессором А.А. Спасским, ученым секретарем РНМОТ В.А. Кокориным. Читал много работ академика Е.И. Чазова. Как и многие интернисты, воспитан на наследии видного русского терапевта В.П. Образцова. Кроме того, хотелось бы отметить профессора С.С. Корсакова – не интерниста, психиатра, благодаря работам которого мы стали лучше понимать алкогольную патологию, увы, по-прежнему достаточно распространенную.

Почему местом проведения 14-го Европейского конгресса терапевтов 2015 г. была выбрана именно Россия?

В тот момент, когда принималось это решение, я еще не входил в состав правления Европейской федерации внутренней медицины. Но, оглядываясь на долгую историю наших взаимоотношений с Россией и Российским обществом терапевтов, я полностью поддерживаю этот выбор и очень рад ему. Я питаю глубокое уважение к российским специалистам и той работе, которая ведется в вашей стране. Настоящий конгресс – отличная возможность укрепить наши отношения и дать европейским интернистам шанс взглянуть на многие проблемы внутренней медицины глазами российских специалистов – и наоборот. Я думаю, это очень важно. А организовывать конгрессы в России умеют превосходно. Я всегда без колебаний принимаю предложения приехать сюда.

Как, по-вашему, прогрессирует российская терапия?

Динамика совершенно очевидна. Медицина становится все более интернациональной: я все чаще встречаю российских врачей за рубежом и обратил внимание, что они читают больше зарубежной медицинской периодики. К сожалению, у меня не было возможности посетить больницы и поговорить с пациентами, но я спросил коллег – и они подтверждают, что медицина действительно меняется в лучшую сторону.

Какими совместными исследованиями с Россией особенно дорожит Европа?

К сожалению, личного опыта такого сотрудничества у меня пока не было. Я сейчас занят несколькими исследованиями, но ни в одном из них не участвуют российские врачи или ученые. Думаю, это задача на ближайшие годы!

Какой уголок Москвы вы увезете с собой домой на память?

Здесь есть места, куда хочется возвращаться снова и снова. И я был приятно удивлен тем, какими красивыми, освещенными, опрятными стали московские улицы. В прошлый раз я был в Большом театре на спектакле «Евгений Онегин». Это было потрясением! С удовольствием вернулся бы туда.

(Окончание. Начало на 1 стр.)

О жизни великого Профессора, основных вехах работы, пророческих открытиях рассказывает один из его потомков, правнук, кандидат медицинских наук, врач-гематолог, специалист в вопросах диагностики и лечения доброкачественных и опухолевых заболеваний крови, острых лучевых поражений, поражений кроветворения различного происхождения Михаил Вадимович Кончаловский.

Наш дом всегда был открыт для творческой элиты того времени. Постоянными гостями, а потом и друзьями были литераторы, музыканты, режиссеры, художники. Среди них – Коненков, Серов, Врубель, Васнецов, Суриков... А еще часть семьи Кончаловских – это врачи, но и они все с достаточно высоким уровнем общей культуры. Это мой прапрапрадед Петр, отец Петра Петровича-старшего, он был морским врачом; это, конечно же, дочь Максима Петровича и моя бабушка Нина Максимовна Кончаловская – врач-терапевт, тоже профессор с мировой известностью; это я сам, ваш покорный слуга, всю жизнь проработав врачом-терапевтом-гематологом; и это мой младший брат Петр Вадимович Кончаловский. Петр – типичный хирург, уверенный в себе, смелый, с очень хорошими «умными» руками.

Но самое сложное, по словам Михаила Вадимовича, – это профессионально соответствовать той планке, которую почти век назад поднял на высоту их самый знаменитый во всем медицинском мире предок – Максим Петрович Кончаловский.

Настоящим экзаменом в работе для Михаила Вадимовича стала ликвидация последствий чернобыльской катастрофы, которая произошла 26 апреля 1986 г. В то время он работал врачом-гематологом в клинике Института биофизики Министерства здравоохранения СССР, куда уже на следующий день после аварии поступили первые тяжело пострадавшие.

– Как вы знаете, это была самая масштабная радиационная авария в мирное время. Но в смысле работы, усилий врачей – это был настоящий фронт, очень тяжелое испытание. Работали несколько месяцев на износ, не выходили из клиники, временами было очень тяжело даже физически. И, должен сказать, мы с честью выполнили свой долг – почти никто не погиб с дозой облучения (а оно было общим) вплоть до 500 рад, один пострадавший выжил при дозе облучения 900 рад. После Чернобыля я написал диссертацию по проблеме изменений крови при общем облучении, много статей (около 50), делаю доклады, объездила весь мир.

А век назад его прадед, Максим Петрович Кончаловский, держал свой профессиональный «фронт». Недаром его имя сегодня известно в связи со многими по-настоящему прорывными открытиями в отечественной и мировой медицине. В первую очередь им разработаны методы функциональной диагностики, в которых отразилось особое видение Максима Петровича лечения и профилактики внутренних болезней. Профессор придавал самое важное значение выявлению индивидуальных особенностей организма, считал халатным, даже преступным при обследовании пациента придерживаться готовой, заранее выработанной схемы истории болезни. Он, как никто другой, понимал, что болезнь – это не что иное, как «совокупность сложнейших функциональных актов с нарушением реактивной способности организма», и что анатомия просто бессильна отразить динамику живого организма.

Перу Кончаловского принадлежит и «понятие о синдроме». Правда, в то время далеко не все разделяли его новаторские взгляды, но очень скоро понятие вошло в клинику: физиологи и клиницисты приняли синдримную точку зрения как более рельефно обрисовывающую морфологию болезни. «Бег вместе», – как говорил сам Кончаловский. «Синдром – стержень всей медицины», – так считает и Михаил Вадимович.

– Примечательно и, кто знает, может быть, не случайно, для меня в профессии всегда во главе угла синдром. Я считаю, что это – основа диагностики, хребет нашего ремесла. Нужно прочувствовать его, обосновать. Вот, например, и хирург, и дерматолог, и терапевт, и, конечно, гематолог с радостью узнают кожный геморрагический васкулит и бодро скажут: «Толубчик, да у вас болезнь Шенлейн-Геноха». Задача-то несложная, на уровне доктора Уатсона. И тогда настоящие «Шерлоки Холмсы» понимают, что есть отдельная огромная глава в медицине под названием «иммунокомплексный васкулит». Это тоже классический синдром, где бывает поражение кожи, мышц, почек, легких, зрения, неврологических структур и многого другого.



«КУЛЬТУРА – ЭТО СУДЬБА»

Важность синдромального подхода Максим Петрович Кончаловский понял еще 100 лет назад. Такой комплексный, по-настоящему креативный подход к врачебной профессии не случаен. Максим Петрович вырос в творческой атмосфере, в семье с особым, разносторонним отношением к культуре и искусству.

С раннего детства Максим Петрович и его брат Петр (впоследствии ставший знаменитым русским художником) обожали искусство. Каждую неделю они ходили в музей Румянцев или Третьяковскую галерею, записом читали Лермонтова и придумывали домашние театральные постановки. Этому способствовала и деятельность отца – Петр Петрович Кончаловский-старший был известным издателем. Правда, если Петр, младший брат Максима Петровича, с детства отличался веселым нравом, то будущий гений медицины – более покладистым характером. Такое рассудительное отношение, терпимость и милосердие Максим Петрович демонстрировал всю жизнь, эти качества стали его фирменным знаком и в профессии.

– Сейчас, уже пожилым, отдаю себе отчет в том, что никто не знает, как получается хороший врач, что здесь наиболее критично, – рассуждает Михаил Вадимович. – Все же могу отметить главное, с моей точки зрения, качество – милосердие, то есть любовь к людям и большое желание им помочь. Без этого нет врача, или он бутафорский. И уже из этого рождается ответственность к делу и большое желание учиться и т.д.

К слову, получив аттестат зрелости, юный Максим Петрович ни на минуту не сомневался в выборе своей будущей профессии. Сразу же и безоговорочно решил стать врачом. Свой выбор обосновал желанием продолжить дело своего деда. И действительно, в роду Кончаловских на тот момент уже был лекарь. Дед Максима Петровича долгие годы служил на флоте судовым врачом. А в 50-е годы XIX века, во время Крымской войны даже принимал участие в боях в эскадре Нахимова.

Михаил Вадимович в медицину попал также без семейного напутствия.

– Я никогда не горел желанием стать врачом, не играл в детстве в доктора, делая уколы игрушкам, как многие мои приятели-медики. Более того, когда мне исполнилось 16 лет, я совершенно не знал, чем заняться. Меня буквально заставила поступать в медицинский моя бабушка, профессор медицины и дочь Максима Петровича. Я ее очень уважал и, можно сказать, «смотрел ей в рот». А она сказала: «Считаю, что у тебя есть все, чтобы стать хорошим врачом». Вот я и стал.

– Несмотря на занятость (профессор, зав. отделением, лектор, две работы всегда) каждый вечер (каждый!) было ее чтение вслух с обсуждением, комментариями и т.п. Литература, естественно, только лучшая и классическая, телевизора у нас в доме не было и я его не смотрел до 16 лет (о чем не жалею до сих пор). Таким образом, с 4 до 8 лет я получил этот импульс, который почти все определил для меня в последующей жизни.

Нина Максимовна стала третьим медиком в семье Кончаловских. Долгие годы она работала под руководством своего отца, прошла путь от ординатора до ассистента на кафедре факультетской терапевтической клиники лечебного факультета Московского университета, возглавляла терапевтические клиники НИИ гигиены труда и профессиональных заболеваний АМН. Написала множество работ, которые были посвящены заболеваниям печени, крови, профессиональным

болезням.

– Пожалуй, можно отметить очень важное обстоятельство, может быть, ключевое для периода ее работы в I-м мединституте с академиком Евгением Михайловичем Тареевым. Она фактически была его «правой рукой». А он – светоч, выдающийся ученый, основатель направлений и школы (и, кстати, ученик М.П. Кончаловского). Сейчас понятно, что он опережал время, абсолютно был в фарватере медицинских знаний и представлений. Например, что такое коллагенозы по сути – знал он один. Многие именитые профессора, в то время еще его молодые ученики (З.Г. Апросина, О.М. Виноградова, Г.П. Шульцев, З.А. Бондарь и др.) просто не понимали его на обходах, обсуждениях, консилиумах. Они бежали к Нине Максимовне и в панике спрашивали: «Что он хотел сказать, что имел в виду?» А она уже была на более высоком уровне и могла все объяснить и интерпретировать. Вот такая заслуга, такое профессиональное достижение. Только нигде вы об этом ничего не прочтете. А сами уже масти-ты профессора много раз об этом говорили у нас дома – мол, если бы не Нина Максимовна, то кто бы мы были сейчас...

Евгений Михайлович Тареев был любимым учеником профессора Кончаловского, которого он считал «гигантом клинической мысли». Вся свою жизнь Тареев продолжал работу своего великого наставника. Например, «системность заболевания» Кончаловского он развил как проблему «целостной личности в патологии, в клинко-физиологическом, нозологическом, профилактически-эпидемиологическом, социальном аспекте», что актуально и сегодня. Продолжил он заниматься и проблемами ревматологии. На то время новаторская «Тайна интимной природы ревматизма», как сам Кончаловский обозначил проблему правильной трактовки этиологии и патогенеза ревматических заболеваний на XI Всесоюзном съезде терапевтов в январе 1931 г., буквально произвела фурор. Тогда с его «легкой руки» была утверждена новая концепция ревматизма как определенной нозологической единицы, четко доказана взаимосвязь ревматизма и сердечно-сосудистых заболеваний. Ведь уже в то время сердечно-сосудистые заболевания стояли на первом месте по статистике смертности и потери трудоспособности, и Максим Петрович очень остро понимал, что «ревматизм» – это один из самых актуальных вопросов здоровья человека. Поэтому в 1928 г. он возглавил «Комитет по борьбе с ревматизмом», которому придавал большое медицинское и социальное значение, а в 1934-м стал инициатором проведения IV Международного съезда по ревматизму в СССР, который триумфально прошел в Москве в мае того же года. Сам Кончаловский на этом съезде выступил с докладом о циклическом течении острого ревматизма.

– Сегодня ревматизм – «ушедшая натура», но в то время это был настоящий прорыв в медицине. Кстати, это удивительно. Будучи студентом, я успел увидеть этих больных, «наслушался» пороков самых разных, комбинированных и т.д. А ведь сейчас ничего нет, кончилась проблема. Конечно, имел дело с септическим эндокардитом, со старческими склеротическими пороками, но это уже другое. Тем не менее, ревматизм – это самое главное, о чем я хочу сказать и донести до вас в силу своих возможностей. И ведь не случайно он и первым поднял тему ревматизма, и стал тем врачом, который внедрял в нашу медицину понятие «синдром». Что может быть «синдромнее» ревматизма? – да ничего!

Коллагенозы – сплошь синдром. Наше подразделение их на нозологии существует только для нас. Так нам удобно. А они на самом деле очень часто все пересекаются.

С 1930-х гг. профессор Кончаловский становится одним из ведущих медицинских специалистов в мире, заслуги великого врача были впечатляющими. В 1933 г. под его редакцией был издан учебник по внутренним болезням. С 1933 по 1935 гг. – знаменитый трехтомник клинических лекций: первый том профессор посвятил заболеваниям сердечно-сосудистой системы, второй – желудочно-кишечного тракта, почек, желез внутренней секреции; третий рассказывал все о заболеваниях органов дыхания и кроветворения. Каждая книга, каждая лекция Максима Петровича вызвали шквал оценок. Сам Кончаловский немного тяготился такой популярностью, сеговал смущенно: «Что я, Шаляпин?». Вот, например, как профессор описывал одну из своих лекций того периода. Посвящена она была атеросклерозу (или, как было принято говорить в то время, артериосклерозу) и гипертонии: «Я, признаться, был смущен той грандиозной аудиторией, которая там собралась. Две самые большие аудитории были переполнены. В одной я читал, а в другую передавали по радио...

...Многие стояли на улице и не могли протолкнуться в зал. Я читал с увлечением, но едва ли удовлетворил слушателей, ибо они все хотели выздороветь от моей лекции в один вечер. Тема – сама по себе очень интересная, и я старался в более или менее популярной форме изложить современное учение об артериосклерозе с его сложным патогенезом».

Такой ажиотаж вполне понятен. Максим Петрович помимо клинического таланта обладал еще и педагогическим даром, был автором самого первого руководства для студентов-медиков «Клиника внутренних болезней», а на его «Клинических лекциях» выросли и до сих пор учатся тысячи врачей.

– Еще о заслуге прадеда. Медицинских фундаментальных книг, построенных синдромально, практически нет. Все всегда традиционно построено от нозологии, с этиологией (часто неизвестной), патогенезом, клиникой болезни и т.д. При этом никогда нет картины эволюции болезни во времени, вот просто никогда! Никогда нет ни особенностей, ни вариантов лечения, ни осложнений, собственно, от этого лечения (это я уже по старости ворчу). А ведь нозологии – временное явление. Они меняют названия, порой вообще исчезают. Синдром же не исчезает никогда, потому что он отражает патогенетическую суть процесса. Четверть века на моем столе лежала книга Роберта Хеглина «Дифференциальная диагностика внутренних болезней». Это поэма о синдроме. Я обращался к ней бесчисленное количество раз и всегда с пользой для дела. Думаю или даже уверен, доживи Максим Петрович до 60-х годов, он написал бы такую же, а может, даже и лучше.

Но всю свою жизнь Максим Петрович вел разборы клинических случаев. Подходил очень ответственно, каждый раз как «с чистого листа». Одно его присутствие рядом, заботливое прикосновение и доброе слово буквально излечивали пациентов. Сегодня можно предположить, что так, наиболее ярко реагировали на своего лечащего врача страдающие функциональными расстройствами типа НЦД, неврозами, истериями, ипохондрическими состояниями. Но, несомненно, в этом была и заслуга такого всестороннего и «человечного» подхода к осмотру больных, который всегда практиковал Максим Петрович.

– Знаю также фактически (от очевидца), что когда он входил в палату с обходом, улыбался – всем становилось лучше. Что касается лекарского творчества, то мой двоюродный дед рассказывал так. У него была детская астма. Ну, понятно, что астма довольно бурная картина – ребенок задыхается, цианоз и прочее, родители в шоке. Конечно, бежали за МП. Он входил, спокойный, уверенный, неторопливый. Брал ребенка за руку и сам медленно, торжественно вводил подкожно кофеин – астмы как не бывало. Преднизолона еще не было, но его заменял умиротворяющий подход и стиль поведения МП.

Таким он и остался в истории медицины. Блестящий клиницист и высокообразованный врач, великолепный педагог и мастер интуиции, признанный ученый и автор крупнейших открытий. Все это вместе позволило современникам называть Максима Петровича Кончаловского отцом русской клинической медицины.

– Для меня МП – литературный персонаж. Думаю, что работа, страстное отношение к медицине определили его. Безусловно, он – образец беззаветного служения делу!

А.А. ВЕРТКИН,
профессор,
С. СЕМИНЮРА

ЛЕГКОГО ДИАГНОЗА НЕ БЫВАЕТ

Прежде чем коснуться важной проблемы «трудный диагноз», напомним, что оба московских конгресса совпали со 120-летием со дня рождения выдающегося терапевта, моего учителя, Евгения Михайловича Тареева.



Отмечу также, что в этом году исполнилось 50 лет со дня выхода в свет знаменитых «Коллагенозов» Е.М. Тареева в соавторстве с его любимыми ученицами – В.А. Насоновой, О.М. Виноградовой и Н.Г. Гусевой, а незадолго до этого – «Нефритов», также знаменитых, единственным автором которых был Е.М. Тареев. В клинике, носящей его имя, продолжают плодотворно развиваться помимо названных научно-клинических исследований, касающихся ге-

патологии, пульмонологии, профессиональных заболеваний. Одна из клинико-теоретических проблем, объединяющих эти большие разделы – традиционная для нашей клиники проблема «трудный диагноз».

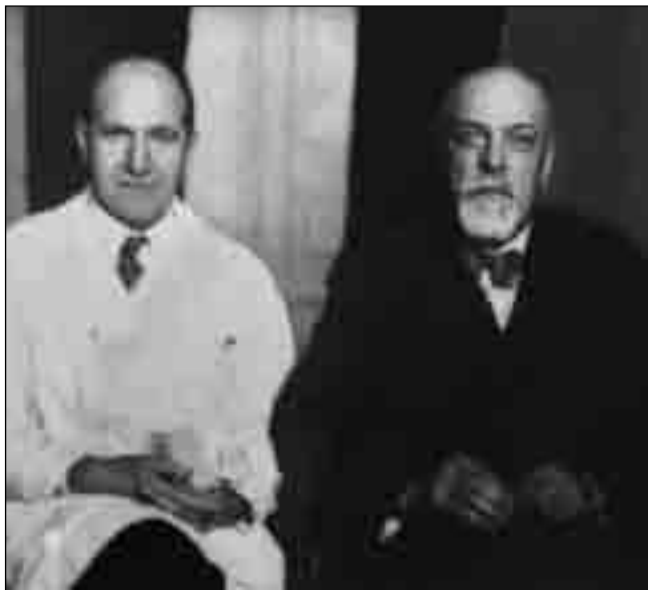
Понятие «трудный диагноз» весьма условно. Чем опытнее клиницист, тем легче он согласится с тем, что не бывает «легкого диагноза». Всякий диагноз труден, потому что всегда индивидуален, определяет лечение и прогноз, а также потому, что нередко одни и те же симптомы могут быть связаны с разными болезнями, различными этиологическими факторами. Например, распространенная сосудистая пурпура, по данным нашей клиники, в 70% случаев была связана с различными инфекционными факторами (в 37% – с бактериями, в 37% – с вирусами, в т.ч. гепатотропными), в остальных 30% – с системными иммуновоспалительными заболеваниями или воздействием лекарств.

Изменение дистальных фаланг пальцев рук по типу барабанных палочек и ногтей по типу часовых стекол («пальцы Гиппократова») традиционно связывают лишь с хроническими заболеваниями, сопровождающимися стойкой гипоксемией и тканевой гипоксией, хронической обструктивной болезнью легких, пороками сердца, в т.ч. врожденными (синего типа), инфекционным эндокардитом. Хорошо известно значение симптома «пальцев Гиппократова» как маркера развития рака легкого. Кажется интересным, что этот клинический признак обнаруживают преимущественно при мелкоочаговых формах данной опухоли (при мелкоочаговом варианте рака легкого он, напротив, практически не встречается).

Традиционно «трудный диагноз» ассоциируется прежде всего с «редкой» болезнью или «новой» болезнью, которые, как показывает время, быстро становятся распространенными. Так было с острым инфарктом миокарда, в начале XX в. описываемом у единичных больных и, главным образом посмертно, а теперь ставшим одним из самых распространенных заболеваний. Так было с системной красной волчанкой и системными васкулитами в середине прошлого века. По данным нашей клиники, среди более 1000 больных системными васкулитами диагностированы узелковый полиартериит, пурпура Шенлейна-Геноха, аортоартериит Такаюсу, гигантоклеточный артериит Хортона, некротизирующие васкулиты, гранулематоз, ассоциированные с наличием сывороточных антител к цитоплазме нейтрофилов (ANCA). Раннее распознавание этих заболеваний с назначением современной терапии позволяет предупредить угрожающие жизни массивные легочные кровотечения и купировать атаки нефрита, при несвоевременном начале такого лечения принимающего молниеносный характер.

В настоящее время большое внимание специалисты различного профиля (интернисты, ревматологи, акушеры-гинекологи, неврологи) уделяют антифосфолипидному синдрому, подробно изучаемому в нашей клинике, одному из вариантов тромбозов, обуславливающих развитие тромботической микроангиопатии с характерными кожными проявлениями (линево и др.), ишемическими поражениями ЦНС, кишечника, почек. Обнаружение в этих случаях антител к кардиолипину в сыворотке, волчаночного антикоагулянта позволяет утвердиться в общем механизме сосудистого поражения и своевременно начать адекватную терапию, что меняет к лучшему тяжелый прогноз многих больных антифосфолипидным синдромом.

Хорошо известна возможность дебюта многих заболеваний с так называемых внесорганых проявлений, которые иногда намного опережают более специфичные признаки. Внепеченочные проявления HBV- и HCV-инфекций нередко формируются при минимальной активности поражения печени, а одновременное вовлечение нескольких органов в подобных ситуациях (например, при HCV-ассоциированной криоглобулинемии) может стать основанием для заведомо ошибочного предположения об одновременном существовании нескольких болезней. Среди внепеченочных проявлений хронических HBV- и HCV-инфекции наиболее часто встречаются суставной синдром, кожный васкулит, полинейропатия, аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунная тромбоцитопения, а также хронический



Е.М. Тареев и его учитель М.Н. Кончаловский

гломерулонефрит, синдром Шегрена, миокардит, фиброзирующий альвеолит и множественная миелома. При обследовании в нашей клинике большой группы больных хроническими вирусными гепатитами В и С те или иные внепеченочные поражения выявлялись в 2 раза чаще при HCV-инфекции.

Ранним, иногда намного опережающим специфические «органные» признаки злокачественной опухоли, нередко становится паранеопластический синдром. Паранеопластические проявления разнообразны: наиболее часто встречаются лихорадка, мигрирующий тромбофлебит, изменения пальцев по типу барабанных палочек, синдром Рейно, нефротический синдром, лейкомоидные реакции, гиперурикемия, дерматомиозит и ревматоидный артрит, а также эндокринные маски, амилоидоз, полинейропатии. Указанные паранеопластические реакции могут быть обусловлены различными опухолями, но прежде всего опухолями почки (почечно-клеточный рак занимает одно из ведущих мест среди причин лихорадки неясного генеза) и бронхогенным раком (эти опухоли неслучайно называют опухолями интернистов), а также опухолями поджелудочной железы, печени, толстой кишки, лимфомами (лимфогранулематоз, неходжкинская лимфома), гемобластомами.

Возможность применения высокоточных лабораторных и инструментальных (прежде всего визуализирующих) методов позволяет существенно приблизиться к истинному диагнозу у конкретного пациента. Вместе с тем, именно конкретный пациент с его семейным и индивидуальным анамнезом болезни, особенностями образа жизни и профессиональной деятельностью, индивидуальными, часто далеко не стандартными реакциями на влияние окружающей среды и другие этиологические факторы остается неиссякаемым источником информации.

Принципиально важно для клинициста сохранение интереса к казуистике, поскольку именно она позволяет «рассматривать отдельные случаи в их связи с общими принципами». Необходимо развивать в себе потребность создавать собственный архив казуистики, и если эта потребность отсутствует, то ее место легко занимают стереотипы – прежде всего стереотипы в диагностике. Важно сохранять интерес к конкретному больному – его протеинурии, его артериальной гипертензии. Диагноз, и «трудный диагноз» особенно, – это всегда, как писал С.П. Боткин, «диагностика больного». «Основанием клинической медицины служит самое подробное исследование данного случая, которое если не всегда будет иметь приложение к лечению в настоящее время, то послужит впоследствии наилучшим материалом для будущей, более счастливой терапии».

Правильно выбрать инструментальный и/или лабораторный метод исследования, трактовать его результаты по-прежнему возможно только на основании тщательного анализа клиники и данных анамнеза.

Морфологическому исследованию, прежде всего изучению материала, получаемого при биопсиях органов и тканей, в настоящее время также принадлежит важная роль в объективизации трудного диагноза. Участие клинического морфолога позволяет не только открыть и подтвердить диагноз, но и провести дифференциальную диагностику в рамках одной и между разными группами болезней, оценить прогноз и мониторировать эффективность лечения.

Если не касаться философских и методологических аспектов проблемы диагностики (например, значения врачебной интуиции), то, конечно, в первую очередь личный клинический опыт и постоянно пополняемые знания, получаемые от знакомства со специальной литературой и общения с коллегами, в т.ч. и на различных конгрессах, симпозиумах и семинарах, являются незаменимым подспорьем в преодолении трудных диагностических проблем.

Еще раз следует подчеркнуть целесообразность коллегиального обсуждения трудных больных с привлечением представителей других медицинских специальностей.

Проблема трудного диагноза остается многоплановой, неисчерпаемой и актуальной. Совершенствование методов обследования, по-видимому, будет лишь открывать новые ее аспекты.

Н.А. МУХИН,
академик РАН, профессор,
зав. кафедрой внутренних,
профессиональных болезней и пульмонологии
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

ТЕРАПИЯ И УРОЛОГИЯ – УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ



Необходимость понимания междисциплинарности проблем в урологии определяется тем фактом, что зачастую врач-терапевт, врач общей практики первыми встречают «урологических» пациентов, и только их четкое понимание интегративности построения диагностического и лечебного подходов определит успех и эффективность помощи нашим пациентам. Давайте разберем ряд заболеваний, с которыми так или иначе работают специалисты-

урологи, и при которых им никак не обойтись без своевременной помощи наших коллег других специальностей.

Рак почки, или почечно-клеточный рак (ПКР), – наиболее распространенное солидное новообразование почек, на него приходится около 90% всех злокачественных опухолей этого органа. Разнообразие клинического течения рака почки и клинических его проявлений обуславливает большое количество «точек соприкосновения», чаще всего с различными терапевтическими специальностями. Опухоль почки в последнее время стали выявлять при диспансерном УЗИ пациентов, находящихся на учете в поликлиниках по поводу артериальной гипертензии, чаще всего трактуемой как гипертоническая болезнь. Таких больных нередко длительно лечат гипотензивными препаратами с переменным успехом.

Все реже встречается классическая триада признаков рака почки (макрогематурия, боль в поясничной области, пальпируемое образование), позволявшая интернисту уверенно направлять больного к урологу. Зачастую пациент обращается с экстраурологическими паранеопластическими симптомами, такими как артериальная гипертензия, гиперкальциемия, эритроцитоз, гипертермия, гиперфибриногенемия и др. Знание того, что это могут быть признаки ПКР, необходимо врачу.

Нередким симптомом опухоли почки, обуславливающим совместные действия интерниста и уролога, становится «беспричинная» на первый взгляд гипертермия. Повышение температуры тела у большей части больных раком почки сопровождается выраженной интоксикацией, анемией, значительным увеличением скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Наиболее распространенные паранеопластические признаки, на которые необходимо обращать внимание, и в первую очередь терапевту, – артериальная гипертензия, лихорадка, эритроцитоз, анемия, гиперкальциемия, повышенная СОЭ, кахексия, снижение массы тела, нейромипатия, амилоидоз, нарушения функций печени, симптомы метастатического заболевания, такие как боль в костях или кашель. Роль физического обследования в диагностике ПКР невелика. Однако обнаружение следующих симптомов должно стать поводом для проведения более детального лучевого обследования: наличие пальпируемой опухоли в брюшной полости, пальпируемые шейные лимфатические узлы, неспадающиеся легостороннее варикоцеле или варикоцеле справа, двусторонний отек нижних конечностей (может свидетельствовать о вовлечении венозной или лимфатической дренажной системы).

Несмотря на определенные успехи в своевременной диагностике рака предстательной железы (РПЖ) в нашей стране за последние годы, число первично выявленных больных с местно-распространенными и метастатическими формами превышает 50% (Чиссов В.И. и др., 2012). Для профилактики и лечения осложнений, возникающих в процессе гормональной терапии (ГТ) РПЖ, появляется необходимость привлечения специалистов неонкологического профиля: андрологов, эндокринологов, специалистов по снижению массы тела, кардиологов, травматологов-ортопедов, хирургов, психиатров, что и определяет сложную терапевтическую сопроводительную модель лечения больных РПЖ. Андрогенная депривация при лечении РПЖ приводит к нарушениям регуляции не только половых стероидов, но и затрагивает другие системы гормональной секреции, в связи с чем при ведении такого пациента необходимо участие эндокринолога. В ряде случаев при желудочно-кишечной токсичности необходимо участие гастроэнтеролога. Андрогенная блокада часто провоцирует развитие сахарного диабета, сердечно-сосудистых осложнений и инфаркта миокарда, по данным одного исследования, и увеличивает риск возникновения новых сердечно-сосудистых заболеваний на 20% через год после начала терапии. Все эти больные нуждаются в постоянном наблюдении со стороны кардиолога. Не подлежит сомнению важность профилактических мероприятий по кардиотропной терапии: предупреждение прогрессирования ишемической болезни сердца, тромбозомических и кардиоваскулярных осложнений. Таким образом только мультидисциплинарный подход может обеспечить максимальную продолжительность и достойное качество жизни больных.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) на первый взгляд всецело относится к области интересов уролога. Однако, как и при других нозологиях, здесь тоже есть множество точек соприкосновения со специалистами из других областей медицины. Хотелось бы отметить, что гиперплазия предстательной железы становится болезнью только в том случае, когда является причиной расстройств мочеиспускания и, соответственно, ухудшения качества жизни больного. Считаем важным упомянуть ряд состояний,

(Продолжение на 5 стр.)

способных имитировать симптомы аденомы простаты и находящихся в зоне ответственности врачей других специальностей. Причиной учащенных ночных мочеиспусканий может быть ночная полиурия, характерная для больных с сердечной недостаточностью или недостаточностью вен нижних конечностей. Для этих больных характерны возникновение к вечеру отеков нижних конечностей и увеличение объема/доли выделяемой ночью мочи. Ночная полиурия также возможна у больных с ночной артериальной гипертензией. Таким пациентам с ночной полиурией показана консультация кардиолога и/или флеболога. Затруднение и прерывистость мочеиспускания, вялость струи способны возникать в результате нарушений иннервации при грыжах межпозвоночных дисков, невриномах и шванномах, после операций на головном или спинном мозге, при интраоперационных повреждениях периферических нервов, инсультах и других поражениях головного и спинного мозга. Урологические методы лечения этих больных, как правило, имеют низкую эффективность и носят паллиативный характер.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – болезнь обмена веществ, вызванная различными эндогенными и/или экзогенными причинами, которая нередко носит наследственный характер и определяется наличием камня в мочевыводящей системе больного. На сегодняшний день любому врачу любой специальности понятно, что удаление камня не устраняет заболевание. В связи с этим возникает вопрос: реально ли разделить урологам, эндокринологам, биохимикам, педиатрам, акушерам-гинекологам, терапевтам излечить болезнь, а не результат ее, каковым является камень в почке? Современное состояние проблемы и удручающая статистика диктуют необходимость объединить наши знания и преобладающую, поскольку МКБ – междисциплинарная проблема. Без взаимодействия и согласованности с терапевтами, семейными врачами, хирургами амбулаторно-поликлинического звена невозможно решать проблему реабилитации, профилактики и метафилактики МКБ.

Проблема нарушений мочеиспускания – весьма важная и одна из наиболее трудных проблем в плане диагностики. Патогенез дисфункций мочевого пузыря сложен, т.к. они затрагивают не только мочевой пузырь, но другие органы и системы. В связи с увеличением продолжительности жизни в современном обществе значительно увеличивается количество больных с различными расстройствами функций нижних мочевых путей, особенно это относится к гиперактивному мочевому пузырю (ГМП). Проблема расстройств акта мочеиспускания является пограничной, и в практической работе урологов, нефрологов, терапевтов, гинекологов, неврологов, нейрохирургов зачастую используется различная терминология или вкладывается в одни и те же термины иной, «окрашенный» специальностью смысл. Разумеется, это сказывается на толковании клинической картины и причинах расстройств мочеиспускания и оценке эффективности лечения. При всем многообразии факторов, приводящих к нарушению основных функций (резервуарная и эвакуаторная) нижнего отдела мочевого тракта, они проявляются комбинацией достаточно однотипных симптомов – изменениями количества мочеиспусканий в течение суток (учащение, снижение), одномоментно выделенной мочи, нарушениями чувствительности мочевого пузыря, вариантами недержания или задержки мочи и пр. Расстройства мочеиспускания, по нашему мнению, можно считать связующим звеном врачей совершенно различных специальностей. Не обойдем вниманием связь проблем расстройств мочеиспускания с кругом интересов терапевтов. При хронических терапевтических заболеваниях частое мочеиспускание может быть признаком декомпенсации состояния (при хронической сердечной недостаточности и др.). При выраженной анемии (снижении концентрации гемоглобина менее 100 г/л) развивается слабость сфинктеров, что может приводить к недержанию мочи как в покое, так и при кашле или резких движениях, физических нагрузках.

Диагностика инфекций мочевыводящих путей редко вызывает затруднения и основывается на наличии характерных клинических симптомов в сочетании с лабораторным подтверждением лейкоцитурии/бактериурии. Сложный момент в отношении мочевых инфекций, на наш взгляд, – не столько их диагностика, сколько категоризация на неосложненные и осложненные. Так, УЗИ почек при подозрении на пиелонефрит проводится не для того, чтобы увидеть такой признак пиелонефрита, как увеличение почки в размерах. Скорее, чтобы исключить обструкцию верхних мочевых путей (расширение чашечно-лоханочной системы), камни или абсцесс почки. И здесь важно определить необходимость привлечения уролога для экстренного восстановления пассажа мочи по верхним мочевым путям во избежание такого грозного осложнения, как бактериотоксический шок при несвоевременно (до восстановления уродинамики) назначенной антибактериальной терапии. Бессимптомная бактериурия не нуждается в назначении антибиотиков (исключением являются только лишь беременные), о чем, к сожалению, не знают наши коллеги других специальностей. Цистит, проявляющийся теми или иными симптомами со стороны нижних мочевых путей, – одно из самых частых заболеваний, его распространенность у женщин составляет до 30% всех урологических заболеваний (Ильинская Е.В., 2007). По данным социологического исследования, проведенного в 2006 г., было установлено, что лишь 15% женщин с симптомами цистита приходят к урологу, 17% лечатся у гинеколога, 11,4% – у терапевта, около 15% советуются по поводу терапии с провизором в аптеке или с врачами других специальностей, а 40% вообще не считают нужным обращаться за медицинской помощью по поводу цистита (НИИХ, 2002). Необходимо помнить, что под маской цистита могут протекать другие заболевания и синдромы. Зачастую ошибочный диагноз «хронический цистит» устанавливают больным, страдающим гиперактивностью мочевого пузыря. Несчастных женщин «залечивают» антибиотиками и уросептиками без какого-либо положительного эффекта, т.к. этиопатогенез этих двух патологических состояний совершенно различный, соответственно подход в лечении тоже разный. Более того, вследствие неоправданного и зачастую длительного лечения антибиотиками пациентки начинают страдать от других заболеваний, с которыми приходится потом бороться и гинекологам (бактериальный вагиноз, молочница), и гастроэнтерологам (кишечный дисбактериоз). В вопросе

лечения инфекций органов мочевыводящей системы архиважной является проблема адекватной антибактериальной терапии и знание классов антибиотиков, которые являются препаратами первого выбора или резервными в лечении тех или иных инфекций у той или иной категории больных. Неадекватная, неправильно назначенная антибактериальная терапия приводит к увеличению резистентности бактериальной флоры, что стало общемировой проблемой. Более того, обращая пристальное внимание на анализы мочи наших пациентов, очень важно не пропустить специфические инфекции, такие как туберкулез органов мочевой системы.

Подводя итог всему вышесказанному, хотелось бы еще раз подчеркнуть, что мы, урологи, будем рады объединить наши усилия с коллегами других специальностей с одной единственной целью – помочь нашим больным. Давайте не забывать те мудрые слова, которые говорил знаменитый русский врач, профессор Михаил Яковлевич Мурдов: «Лечить надо не болезнь, а больного».

Ю.Г. АЛЯЕВ,
член-корреспондент РАН, д.м.н.,
профессор, директор клиники урологии и заведующий кафедрой
урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,
заслуженный деятель науки РФ,
председатель Российского общества урологов (РОУ),

З.К. ГАДЖИЕВА,
д.м.н., сотрудник клиники урологии университета,
научный редактор журнала «Урология»,
помощник председателя РОУ по работе с регионами.

НОВАЯ ЖИЗНЬ РЕДКИХ БОЛЕЗНЕЙ



Взгляд на наследственные болезни обмена веществ (НБО; их еще называют врожденные ошибки метаболизма) как на исключительно педиатрическую патологию за последние десятилетия претерпел значительные изменения. Действительно, термин «врожденное» в сознании врачей означает, что болезнь начинается практически с первых дней жизни или, по крайней мере, в детстве. Но в связи с более широкой доступностью новых технологий стало известно, что, кроме классических НБО с ранним началом, существуют формы, которые могут протекать мягко, иметь доброкачественные проявления и обнаруживаться только в подростковом возрасте или даже у взрослых. И на сегодняшний день можно с уверенностью сказать: НБО не имеют строгой возрастной градации. Более того, в рамках одной нозологической формы довольно часто описано несколько вариантов заболевания как с ранним, так и поздним дебютом. К сожалению, поздние формы НБО во многих случаях так и остаются нераспознанными и их точная распространенность не установлена.

Одним из важных факторов, позволивших существенно изменить представления о НБО как об исключительно «детских» болезнях, является совершенствование методов лабораторной и инструментальной диагностики. Такие технологии, как тандемная масс-спектрометрия и ее широкое применение для скрининговых программ новорожденных, секвенирование нового поколения, различные хроматографические методы, широкое внедрение методов магнитно-резонансной томографии (МРТ), расширили выявление разных клинических вариантов НБО.

Катамнестические наблюдения показали, что многие из НБО (а их известно более 700 нозологических форм) представляют континуум клинических фенотипов и не укладываются в строгие рамки заболеваний, описанных в учебных пособиях и монографиях. Применение МРТ головного мозга позволило диагностировать большое число случаев лейкодистрофий и болезней накопления металлов, манифестирующих преимущественно у взрослых.

Если заглянуть в недалекую историю, то собственно первое заболевание из класса НБО – алькаптонурия – было описано у взрослых в 1908 г. врачом и биохимиком Арчибалдом Гарродом. Алькаптонурия сопровождается отложением в соединительной ткани кристаллов гомогенизированной кислоты и имеет характерный и узнаваемый симптом – потемнение мочи. Моча становится темно-коричневой, почти черной, если оставить ее на свету. А. Гаррод предложил термин «врожденные ошибки метаболизма» («inborn errors of metabolism») для описания наследственных нарушений обмена веществ, который широко употребляется и в настоящее время. В своей монографии А. Гаррод описал четыре формы НБО (алькаптонурию, пентозурию, альбинизм и цистинурию), привел обоснование их биохимической и наследственной природы. В отличие от многих других наследственных заболеваний человека для НБО прочно укоренилась взаимосвязь между биохимическими нарушениями и клиническими проявлениями, и в диагностике НБО ведущая роль долгие годы принадлежала

именно биохимическим методам. НБО относятся к числу редких болезней, их частота может оставлять 1 случай на 1 000 000, как, например, при семейной гомозиготной форме гиперхолестеринемии, 1 на 40 000 – как при болезни Гоше. Поэтому диагноз установить бывает очень сложно, а врачей, наблюдавших нескольких больных с одной редкой патологией, можно пересчитать по пальцам.

НБО не всегда имеют «особенные» признаки и симптомы и довольно часто «скрываются» под маской известных патологий. Например, пациенты с болезнью Фабри до установления им правильного диагноза переносят несколько экстренных операций, поскольку приступы полинейропатии проявляются в виде абдоминальных болей, имитирующих аппендицит. Больные с недостаточностью липопротеинлипазы имеют клинику остро и хронического панкреатита и, прежде всего, попадают под наблюдение хирургов. Некоторые из симптомов НБО можно расценить как индивидуальные особенности, например, гипофосфатазия сопровождается ранним выпадением зубов, задержкой роста, низким уровнем щелочной фосфатазы в крови, при болезни Фабри пациенты не потеют, даже в бане, а больные с синдромом Олгрова не плачут из-за особенностей слезных протоков.

Особое место НБО занимают в неврологии. Более половины всех НБО имеют какие-либо неврологические проявления. Поздние формы с преобладанием психических расстройств описаны при метахроматической лейкодистрофии, X-сцепленной адренолейкодистрофии, болезни Ниманна-Пика типа С. Лейкодистрофии, как правило, имеют специфичную картину МРТ, но далеко не всем больным с психическими нарушениями проводят данное исследование. Регулярные тщательные неврологические обследования психиатрических больных, особенно молодых, с резистентностью к проводимой терапии позволяют выявлять новые случаи редких форм НБО.

Интерес к НБО значительно возрос в связи с открытием новых методов терапии. О возможности лечения наследственных заболеваний задумывались давно, но невероятного успеха в этой области удалось достичь в последние пять-десять лет. Практически все возможные варианты лечения наследственных болезней были опробованы именно на НБО. Восполнение недостающего фермента с успехом применяется для лечения болезни Гоше, болезни Фабри, мукополисахаридоза, болезни Помпе. Дистотерапия – основная составляющая лечения при болезни Рефсума, фенилкетонурии, нарушениях окисления жирных кислот. Специальное патогенетическое лечение разработано для ангионевротического отека, болезни Вильсона, порфирии, пароксизмальной ночной гемоглобинурии. Ограничение синтеза субстрата применяется при болезни Ниманна-Пика типа С. Существенным прорывом в лечении семейной гиперхолестеринемии стала разработка специальных моноклональных антител, что позволяет добиваться у пациентов существенного снижения риска сердечно-сосудистых осложнений.

Мы приближаемся к тому моменту, когда генетические заболевания больше не приговор и наряду с онкологическими попадают в категорию болезней, поддающихся коррекции. Поэтому очень важно вовремя поставить верный диагноз. Так исторически сложилось, что терапевты гораздо дальше от генетики, чем педиатры. И пациенты с НБО совершают продолжительную Одиссею в поисках правильного диагноза и врача. По данным EURORDIS (Европейская организация по редким заболеваниям), вне зависимости от страны проживания от 1–15 лет проходит от момента появления первых симптомов до установления правильного диагноза при редких болезнях. А когда диагноз установлен на поздних сроках – помочь бывает трудно. Практически все мужчины с болезнью Фабри после 40 лет находятся в отделениях гемодиализа, стоят в листе ожидания на пересадку почек, хотя первые симптомы у них появились еще в подростковом возрасте. Больные с болезнью Помпе наблюдаются с не дифференцированной миопатией и медленно слабеют, а когда они становятся кислородозависимыми, вернуть мышцы невозможно, даже если начать лечение.

Лекарственное обеспечение больных с редкими заболеваниями в нашей стране – острая тема. Болезнь Гоше, гемофилия, муковисцидоз включены в программу семи высокотратных нозологий, и пациенты получают лечение из средств федерального бюджета. Другие редкие болезни входят в специальный перечень, утвержденный Постановлением Правительства РФ № 403 от 26 апреля 2012 г., и перенесены «на плечи» регионов, что нередко бывает для них непосильной ношей. Кроме того, регистрируют новые препараты для лечения других редких болезней, которые не входят в утвержденные Правительством и Минздравом РФ перечни и списки. Пациенты с болезнью Помпе, туберозным склерозом, криопиррин-ассоцированными синдромами, гипофосфатазией надеются, что вопрос и с их лекарственным обеспечением будет тоже решен. Безусловно, высокая стоимость лечения существенно тормозит доступ к современной терапии, но это не единственная трудность, с которой сталкивается пациент. Отсутствие в регионах центров, которые занимаются диагностикой и наблюдением этих пациентов – большая проблема. Также определенные трудности возникают при переходе пациентов с НБО из детской во взрослую сеть. Некоторые больные продолжают консультироваться у своих педиатров, хотя давно уже переросли детский возраст. Эти вопросы остро стоят во всех странах. В Евросоюзе разработана отдельная программа по созданию сети референсных центров и повышению доступности диагностики и медицинской помощи больным с редкими заболеваниями. В нашей стране тоже открываются отделения, которые специализируются на лечении взрослых больных с редкими болезнями, в том числе и с НБО.

Разумеется, в центре системы оказания помощи больному находится врач. Интересующийся, небезразличный и внимательный. Терапевт, заподозривший, что у мужчины сочетание таких симптомов, как белок в моче, боли в кистях, изменения на коже, – не простое совпадение и требуют более тщательного обследования, может спасти жизнь и здоровье не только этому пациенту, но и его родственникам.

Е.Ю. ЗАХАРОВА,
д.м.н., председатель Правления Всероссийского общества
редких (орфанных) заболеваний
ФГБНУ «Медико-генетический научный центр»

ДВИЖЕНИЕ ВПЕРЕД ВОПРЕКИ СЛОЖНОСТЯМ

(Окончание. Начало на 2 стр.)

врача Городской клинической больницы №38 П.Ф. Климкина (Нижегород) «Прогнозирование течения госпитального периода острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST с использованием липокалина, ассоциированного с желатиной нейтрофилов». Призером конкурса были вручены ценные призы и подарки, а победительница также получила право представить свою работу на X Национальном конгрессе терапевтов в Москве без дополнительного отбора.

20–21 мая в конференц-центре гостиницы «Бештау» г. Пятигорска прошла XX Межрегиональная научно-практическая конференция Российского научного медицинского общества терапевтов. В ее работе участвовали более 400 специалистов из Ставропольского края, Кабардино-Балкарии, Карачаево-Черкесии, Ингушетии, Чечни, Дагестана, Северной Осетии, Краснодарского края, Астрахани, Ростовской области, Омска, Волгограда, Ржева, Москвы и Санкт-Петербурга.

28–29 мая в стенах Алтайского государственного медицинского университета в г. Барнауле прошла XXI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ. В работе конференции приняли участие более 500 специалистов из Алтайского края, Республики Алтай, Ижевска, Новосибирска, Томска, Кемерово, Москвы и Санкт-Петербурга, а также Казахстана.

В ходе всех мероприятий президиум РНМОТ отмечал наиболее отличившихся врачей-терапевтов – членов Общества. В 2015 г. за многолетний самоотверженный труд на благо отечественной медицины и активное участие в деятельности РНМОТ в общей сложности награждены более 50 специалистов.

В 2015 г. активно заработал недавно созданный учебный центр РНМОТ, при участии которого было проведено 29 научно-практических школ для врачей терапевтического профиля.

Отличительной особенностью мероприятий Общества в этом году явилось то, что все зарегистрированные участники, успешно прошедшие тестирование по его программе, получали номерные свидетельства Министерства здравоохранения РФ о прохождении обучения в рамках реализации новой модели непрерывного медицинского образования. Участникам конференций и съездов присваивалось по 12 зачетных единиц (кредитов), участникам научно-практических школ – по 3–5.

В мае 2015 г. увидел свет новый официальный журнал РНМОТ «Терапия», заменивший собой издававшийся ранее «Архив внутренней медицины».

В этом году был начат новый национальный проект Общества, проводимый совместно с Минздравом Российской Федерации, по мониторингу целевых показателей, в котором участвуют специалисты из 15 регионов страны.

Важным направлением работы Общества является международная деятельность. На протяжении многих лет РНМОТ – полноправный член Европейского и Всемирного обществ внутренней медицины, а также один из инициаторов создания Евразийской ассоциации терапевтов. В 2015 г. делегации РНМОТ приняли участие в заседаниях административного совета EFIM на Кипре и в Бельгии, а также посетили Национальный конгресс интернистов Сербии. Победитель конкурса молодых специалистов IX Национального конгресса терапевтов В.С. Чулков* (Челябинск), получивший грант РНМОТ, принял участие в школе молодых интернистов EFIM, которая прошла в январе 2015 г. в Риге (Латвия).

РНМОТ продолжает активно взаимодействовать с другими профессиональными медицинскими сообществами и организациями здравоохранения РФ. Регулярно проводились встречи с руководством Министерства здравоохранения РФ и членами комитета по социальной политике Совета Федерации. Представители РНМОТ являлись делегатами внеочередного съезда Общероссийской общественной организации «Общество врачей России» (ОВР), а президент РНМОТ А.И. Мартынов был избран вице-президентом ОВР.

А.И. МАРТЫНОВ,
президент РНМОТ, акад. РАН, проф.,
А.А. СПАССКИЙ,
генеральный секретарь РНМОТ, проф.,
В.А. КОКОРИН,
ученый секретарь РНМОТ, к.м.н.

* Статью В.С. Чулкова читайте на стр. 7

ЭТО НАШЕЙ ИСТОРИИ СТРОКИ...

85-ЛЕТ РОСТОВСКОМУ ОБЛАСТНОМУ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОМУ ОБЩЕСТВУ ТЕРАПЕВТОВ



Медицинская общественность Донской столицы была взбудоражена в 1930 г. необычайно важным событием – созданием научно-медицинского терапевтического общества. Необходимость распространения клинических и научных знаний в практическом здравоохранении, а также поиск путей решения трудных клинических задач требовал непосредственного профессионального общения. Это прекрасно понимал профессор Игорь Владимирович Завадский. К моменту организации общества он уже в течение 14 лет заведовал кафедрой госпитальной терапии медицинского института.

С первых заседаний общества в его работе демонстрировались интересные клинические случаи, готовились доклады по актуальным проблемам внутренней патологии. Профессор Завадский и его ученики много работали над вопросами диагностики и лечения инфекционных заболеваний. Особое внимание уделялось борьбе с холерой, брюшным тифом, бруцеллезом, протозойными заболеваниями кишечника. Яркие выступления сотрудников медицинского института и практических врачей и блестящие, пронизанные глубинным анализом и богатым клиническим опытом лекции профессора Завадского играли большую роль в формировании клинического мышления терапевтов области, повышении их профессионального мастерства.

В 1933 г. славные традиции общества были поддержаны новым руководителем – профессором Абрамом Соломоновичем Вороновым, который руководил им на протяжении 21 года. Конференции, организованные обществом, посвящались обобщению результатов деятельности медицинской науки и практического здравоохранения. В работе терапевтического общества в те годы активно рассматривались проблемы гематологии, септического эндокардита, септического периаортита.

Мирный созидательный труд был прерван суровыми годами Великой Отечественной войны. В январе 1945 г. Ростовское областное научное общество терапевтов возобновило свою работу. Большая заслуга в этом принадлежала председателю общества А.С. Воронову. Особым достижением того времени было создание А.С. Вороновым более 20 научно-учебных фильмов, которые демонстрировались на заседаниях общества.

В 1954 г. председателем РОНМОТ был избран заведующий кафедрой факультетской терапии, профессор Иван Кузьмич Грабенко. В эти годы ученые Ростовского медицинского института начали активно заниматься проблемой сердечно-сосудистых заболеваний. Основная масса докладов была посвящена актуальным вопросам кардиологии. Профессора И.К. Грабенко, А.Н. Михайлов, Н.М. Иванов делились с врачами информацией о съездах терапевтов, кардиологов.

В 1962 г. председателем общества был избран Николай Михайлович Иванов. Талант врача, педагога и ученого, а также глубочайшее познание в сфере внутренней патологии вывели профессора Иванова в ряд авторитетнейших клиницистов того времени. В том же году усилиями правления общества и Ростовского областного отдела здравоохранения была проведена 1-я областная конференция врачей-терапевтов, посвященная организации терапевтической службы, клинике и лечению острой и хронической коронарной недостаточности, клинике и лечению пневмоний и гнойных заболеваний легких.

Члены общества вели большую работу по оказанию помощи органам практического здравоохранения. Профессор Иванов организовал своеобразные «курсы усовершенствования»: в последнюю среду каждого месяца заведующие кардиоревматологическими кабинетами

всех поликлиник города проводили свой рабочий день в клинике, где разбирались трудные больные, читались лекции.

С 1972 г. работу РОНМОТ возглавил профессор Борис Иванович Воробьев – один из самых популярных клиницистов своего времени. Сферой научных и клинических интересов стали проблемы диагностики, лечения и реабилитации инфаркта миокарда, тромбоэмболических расстройств, артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, получившие отражение в многочисленных научных трудах, методических работах и выступлениях на заседаниях общества. Большое внимание уделялось демонстрации редких, казуистических случаев, сложных больных. Пропагандировались новые методы диагностики и лечения.

Вместе с профессором Воробьевым в работе общества принимали активное участие профессор Антонина Георгиевна Пономарева, Лев Борисович Андреев, Энергий Дмитриевич Бровкович, доцент Татьяна Игоревна Завадская и др.

В 1993 г. председателем Ростовского областного научно-медицинского общества терапевтов был избран Владимир Петрович Терентьев. РОНМОТ совершенствовало методы своей деятельности. Обновлялись формы работы, каждое заседание общества проводилось с участием ведущих специалистов страны. Заседания носили тематический характер. Следуя принципам доказательной медицины, лекторы все чаще использовали результаты многоцентровых международных и российских исследований.

Традиционными стали заседания, посвященные обсуждению результатов крупнейших международных конференций и съездов, активными участниками которых являлись члены правления РОНМОТ.

Свидетельство признания больших заслуг РОНМОТ – избрание профессора В.П. Терентьева вице-президентом Российского научного медицинского общества терапевтов и награждение РОНМОТ в 2000 г. решением Президиума РНМОТ медалью С.П. Боткина.

РНМОТ в структуре Российского научно-медицинского общества терапевтов по своей научно-практической деятельности в первой десятке и поэтому каждый из активных членов Ростовского общества терапевтов входит в состав членов Всемирного общества интернистов (ISIM).

Были созданы и активно функционируют региональные профессиональные сообщества: иммунологов, кардиологов, нефрологов, врачей общей практики, гастроэнтерологов, эндокринологов, специалистов по сердечной недостаточности.

С 2008 г. Ростовское областное научно-медицинское общество терапевтов возглавила д.м.н., профессор Анна Ивановна Чесникова. Сохраняя традиции своего учителя, она продолжила активную организационно-образовательную деятельность. Проведенная перерегистрация членов РОНМОТ показала, что сегодня общество объединяет около 2500 врачей-интернистов Ростовской области.

В декабре 2009 г. в Москве прошел Съезд терапевтов России, посвященный 100-летию Российского научного медицинского общества терапевтов. Ростовское терапевтическое общество было признано одним из лучших в России и награждено юбилейным Орденом за активную научную и образовательную деятельность.

За последние годы правлением областного терапевтического общества были проведены: съезды терапевтов Юга России (2000, 2009, 2011, 2013 гг.), Пленумы Российского общества терапевтов и межрегиональные конференции терапевтов Юга России (2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010, 2012, 2014 гг.), многочисленные областные научно-практические конференции.

Особенность мероприятий, проводимых правлением Ростовского терапевтического общества при поддержке РНМОТ – обширная география участников. Около тысячи специалистов из ЮФО и различных регионов страны, как правило, участвовали в работе съездов и межрегиональных конференций. Высокий статус мероприятиям придавало участие ведущих российских и зарубежных ученых.

Являясь наиболее мощным общественным объединением терапевтов на юге России, Ростовское терапевтическое общество ярко сочетает в себе традиции клиницистов прошлого столетия и современные технологии непрерывного последилового образования врачей в регионе.

В.П. ТЕРЕНТЬЕВ,
вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов, проф.,
А.И. ЧЕСНИКОВА,
председатель Ростовского областного научно-медицинского общества терапевтов, проф.



БЕСЦЕННЫЙ ОПЫТ

Выиграв конкурс молодых ученых, состоявшийся на IX Национальном конгрессе терапевтов в Москве, в качестве главного приза представитель к Южно-Уральского государственного медицинского университета В.С. Чулков получил грант Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) на участие в 5-й зимней школе молодых интернистов Европейской Федерации внутренней медицины (EFIM), которая прошла в Риге (Латвия) с 25 по 31 января 2015 г.

Это был бесценный опыт. Появилась возможность общаться с 44 молодыми терапевтами из 20 стран – от Финляндии до Марокко и от Португалии до России. С приветственным словом на открытии выступили президент EFIM, проф. Франк Бош (Нидерланды), директор зимней школы ESIM, проф. Айварс Лейникс (Латвия) и ответственный секретарь зимней школы ESIM Иева Ружа (Латвия).

Занятия проходили ежедневно с 9:00 до 17:30. Программа школы включала 16 лекций, 4 семинара, клиничко-анатомическую конференцию и представление самими участниками школы 24 клинических случаев. Среди лекторов были ведущие специалисты в области внутренней медицины – Франк Бош (Нидерланды), Крис Дэвидсон (Великобритания), Верена Бринер (Швейцария), Ширли Ригби (Великобритания), Маркус Лембер (Эстония), Ксавьер Корбелло (Испания), Валентин Кокорин (Россия), Николо Монтано (Италия), а также представители секции молодых интернистов EFIM – Фрауке Веданс (Великобритания), Иева Ружа (Латвия), Алексис Мюллер-Марбах (Германия).

Тематика лекций включала наиболее актуальные вопросы внутренней медицины: обмороки, воспалительные заболевания кишечника, остеопороз, эндокринные маски различных заболеваний, ожирение, витамин D, лимфомы, генетику в кардиологии. Большой интерес представляли также лекции об организационных аспектах внутренней медицины: проблемы эвтаназии, врачебные ошибки при неотложных состояниях, организация стационарной помощи. Наибольший интерес среди молодых интернистов вызвали семинары, абсолютно не похожие на остальные.

Например, один из них был посвящен клинической ситуации с определением дальнейшей тактики ведения пожилого пациента с декомпенсацией сердечно-легочной деятельности. Все участники были разбиты на 4 группы (по 11 человек), каждая из которых должна была определить единую позицию и представить общую точку зрения на клиническую ситуацию.

Интересным было то, что подходы в разных странах как по организационным моментам, так и в юридическом аспекте, кардинально отличались. Особый интерес среди всех участников вызвал семинар по интерпретации ЭКГ, проведенный ученым секретарем РНМОТ В.А. Кокориным. Помимо повторения ЭКГ и получения новых знаний по сочетанным патологиям ЭКГ, интернисты получили возможность высказывать свою

позицию, в том числе, проводя дифференциально-диагностический поиск.

Для молодых интернистов, занимающихся научной деятельностью, полезным оказался семинар редактора издательства Elsevier Карины Грудни по методологии написания статей в Европейских журналах. Лично для себя после семинара решил попробовать написать статью в European Journal of Case Reports in Internal Medicine, являющегося одним из официальных журналов EFIM. В практическом аспекте полезным оказался семинар по ультразвуковой диагностике. Каждый участник имел возможность самостоятельно провести ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В некоторых странах специалисты внутренней медицины владеют данной методикой и ежедневно самостоятельно используют ультразвуковое исследование в своей клинической практике. Лично для меня это был первый опыт практического освоения данного метода.

Отдельный интерес представляла клиничко-анатомическая конференция, проведенная Ширли Ригби (Великобритания). Такая форма также вовлекла в работу всех участников, так как условия по данному клиническому случаю были даны каждому за 3 дня до конференции. В рамках работы такого формата Школы каждый имел возможность высказать свою точку зрения, предложить дополнительные методы диагностики для уточнения диагноза, определить тактические ошибки, случившиеся на предыдущих этапах ведения конкретной пациентки.

Традиционна для школ EFIM демонстрация клинических случаев. Мною был представлен случай истинной полицитемии у молодого пациента, дебютировавшей в виде повторных эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения. Кстати, для того, чтобы напомнить географическое расположение моего родного города, я в своем докладе весьма удачно рассказал о Челябинском метеорите, что позволило многим понять, где находится Челябинск.

Большой интерес представляли также клинические случаи кардиотоксического эффекта гидроксихлорохина у пациентки с системной красной волчанкой, листериоза, как причины менингита, сочетание синдрома Кушинга с феохромоцитомой, дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, как причины гемолитической анемии и другие.

Интересная образовательная работа была дополнена ежедневной культурной и социальной программой. Мы совершили обзорную экскурсию по Юрмале и Риге, посетили блюз-концерт и караоке, катались на коньках на открытом воздухе. Один из вечеров был посвящен поездке в старинный город Цесис, где мы приняли участие в Национальном фестивале песни ESIM, вместе с преподавателями исполнив песню на родном языке.

В заключительный день были организованы гала-ужин в ресторане «Kaļķu vārti», а также посещение оперы Ж. Бизе «Кармен» в Латвийской национальной опере. Прощальный вечер был долгим и эмоциональным, каждый делился личными впечатлениями о прошедшей школе, возможности применения полученных знаний в своей практике, а также появлением личных контактов среди участников разных стран, которые являются бесценными и уникальными на всю жизнь.

В.С. ЧУЛКОВ,
к.м.н., доцент кафедры факультета терапии
Южно-Уральского государственного
медицинского университета

УЧАСТИЕ РОССИЙСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ЕВРОПЕЙСКИХ КОНГРЕССАХ ТЕРАПЕВТОВ 2011–2015 ГГ.

- 2010 г. – РНМОТ вступило в Европейскую Федерацию по внутренней медицине.
- 2011 г. – на X Европейском конгрессе терапевтов в Афинах (Греция) российскими участниками сделано 2 устных доклада, принято 18 российских тезисов.
- 2012 г. – на Европейском конгрессе в Мадриде (Испания) в программу вошли 2 устных и 5 постерных докладов.
- 2013 г. – на XII Европейском конгрессе терапевтов в Праге (Чехия) российские участники представили 7 устных докладов, принято 20 тезисов.
- 2014 г. – на XIII Европейском конгрессе терапевтов российское участие – 3 устных доклада и 33 принятых тезиса.
- Программой XIV Европейского конгресса терапевтов, который впервые в истории проводится в Российской Федерации, приняты 192 тезиса и 120 устных докладов от российских участников.

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА НЕРВНОГО ВОЛОКНА



ПРИМЕНЯЕТСЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ:

- Межреберная невралгия
- Люмбоишиалгия
- Шейный, шейно-плечевой, поясничный синдром
- Корешковый синдром, вызванный дегенеративными изменениями позвоночника
- Полинейропатия (диабетическая, алкогольная)

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИЛИПЕНА И КОМБИЛИПЕНА ТАБС:

В случаях выраженного болевого синдрома лечение целесообразно начинать с внутримышечного введения (глубоко) по 2 мл ежедневно в течение 5–10 дней с переходом в дальнейшем на пероральный прием Комбилипена табс.

Комбилипен табс следует принимать после еды, не разжевывая и запивая небольшим количеством жидкости. Взрослым по 1 таблетке 1–3 раза в сутки.

Продолжительность курса: по рекомендации врача.

Не рекомендовано лечение высокими дозами препарата в течение более 4 недель.

www.pharmst.ru

phs Фармстандарт

МЕДИЦИНА И ПРАВО

В этическом кодексе древних тибетских врачей, изложенном в трактате «Чжуд-ши», говорится: «Традиции врачебного сословия требуют соблюдения шести условий: 1) быть способным к врачебной деятельности; 2) быть гуманным; 3) понимать свои обязанности; 4) быть приятным для больных и не отталкивать их своим обхождением; 5) быть старательным; 6) быть ознакомленным с науками».



В современном обществе эти традиции развились и дополнились новым инструментом – правом. Реформирование здравоохранения вывело деятельность врача и его взаимоотношения с пациентом на новый уровень правовых отношений.

К большому сожалению, медики плохо представляют себе правовые последствия нарушения прав пациента, некачественного оказания медицинской помощи, неграмотного оформления медицинской документации. В ряде случаев жалобы, конфликты с пациентами и иски в суд могли быть предотвращены, если бы врачи хорошо знали законодательство в области охраны здоровья. Большинство практикующих врачей учились в годы, когда преподавание правоведения не входило в программу обучения студентов – отсюда дефицит знаний. Вместе с тем и сейчас проблема преподавания права в области медицины не урегулирована ни на одном из этапов подготовки врачебных кадров. Так, в структуре учебного плана по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» предусмотрена дисциплина «Правоведение», которая входит в состав гуманитарного, социального и экономического циклов дисциплин. Однако конечной целью преподавания данной дисциплины в соответствии с содержанием Федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) является формирование набора так называемых общекультурных компетенций, не предполагающих получения специальных профессиональных знаний по вопросам права в области медицины.

Учебно-тематический план дисциплины включает общие вопросы теории государства и права, конституционного права, основы трудового, семейного, гражданского законодательства. Изучение же разделов, касающихся нормативно-правовой регламентации медицинской деятельности, таких как: правовая основа обязательного медицинского страхования, реализация Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, правовое обоснование экспертиз качества медицинской помощи, временной нетрудоспособности и прочих видов экспертиз, объективно затруднено.

Например, документ, утвержденный приказом Минздрава России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности». В этом случае нетрудоспособным признается здоровый человек, осуществляющий уход за больным членом семьи. В соответствии с пунктами 34, 36 листок нетрудоспособности выдается медицинским работником одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход. Однако можно ли в этом случае выдать больничный лист работающей бабушке ребенка? А тете?

Терминология Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» использует при определении члена семьи другой понятийный ряд: один из родителей, иной законный представитель или иной член семьи, также не раскрывая понятие «член семьи». Должен ли врач руководствоваться Жилищным и Семейным кодексами Российской Федерации, в соответствии с которыми членами семьи признаются супруги, дети и их родители и другие родственники, если они проживают вместе и ведут совместное хозяйство? Или в этом случае членами семьи могут быть другие лица, как это определено в региональных законодательных актах, например, при предоставлении региональных льгот?

Еще больше сложностей возникает при использовании нормативных правовых актов, противоречащих друг другу. К примеру, в настоящее время действуют два документа: приказ Минздрава России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные

и периодические медицинские осмотры (обследования) и Порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда», зарегистрированный в Минюсте России. Приказ отменил действие приказа от 29.09.1989 № 555 «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств» в части именно медицинских осмотров водителей транспортных средств. В приказе 302н был расширен спектр противопоказаний для допуска работников к вождению транспортных средств. Из заголовка приказа № 302н следует, что он распространяет свое действие на работников. С учетом того, что с 2012 г. приказ № 302н был единственным документом, регламентирующим объем обследования и противопоказания к допуску вождения транспортным средством, врачи использовали его для всех водителей – профессионалов и водителей личного транспорта. Хотя возникали вопросы, и были случаи, когда юристы, представляя интересы пациента, оспаривали наше право использовать этот приказ для допуска водителей личного автотранспорта. В других регионах были и судебные разбирательства по этому поводу. Но сейчас принято постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2014 № 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством», которое распространяется на всех лиц, управляющих транспортными средствами. И перед врачебной комиссией медицинской организации стоит вопрос: каким документом руководствоваться при допуске к управлению транспортным средством – приказом № 302н или постановлением № 1604? Исходя из иерархии нормативно правовых актов, постановление Правительства Российской Федерации имеет большую правовую силу, чем приказ Минздрава России. Но в постановлении не регламентирован порядок медицинского осмотра и объем обследований. И возникает правовая неопределенность при применении указанных нормативных правовых актов, которые нуждаются в постоянной доработке, возможно, в методических рекомендациях, разъяснениях.

В сложившейся ситуации правовая подготовка становится обязательной составной частью медицинского образования. Знание прав, обязанностей и ответственности и корреспондирующих им прав является исходной предпосылкой профессиональной деятельности любого медицинского работника.

В Республике Мордовия существует практика тесного взаимодействия между Министерством здравоохранения, Фондом обязательного медицинского страхования, Региональным отделением Бюро медико-социальной экспертизы и медицинским институтом ФГУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». Организация циклов дополнительного профессионального образования для врачей происходит с учетом потребности в знаниях, в т.ч. и по медицинскому праву с привлечением специалистов в этой области. В рамках заседаний регионального отделения РНМОТ проводятся обсуждения наиболее актуальных проблем и спорных вопросов, разбор конфликтных ситуаций и правовых вопросов, касающихся качества оказания медицинской помощи.

Следование законам – важное условие недопущения ошибок, к сожалению, встречающихся в медицинской практике. Необходимо подчеркнуть, что правовой аспект профессионального медицинского образования закреплён в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»: «Сертификат специалиста выдается только при наличии надлежащих знаний по теории и практике избранной специальности и вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан» (ч. 2 ст. 54), что в условиях современных реалий нуждается в постоянном совершенствовании.

В современной жизни врач должен быть не только высокопрофессиональным специалистом, обладающим тонкими душевными качествами, способностью к состраданию и самоотречению, но и обладать знаниями, умениями и навыками в области применения медицинского права, так как один из основных постулатов права гласит: «*Ignorantia juris non excusat*» – Незнание закона не освобождает от ответственности.

Т.А. КУНЯЕВА,

к.м.н., главный внештатный терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Республики Мордовия, доцент кафедры поликлинической терапии и функциональной диагностики ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

ВЕРНИ СУСТАВАМ СВОБОДУ!

Артрозан®

мелоксикам



- Эффективно купирует болевой синдром и воспаление
- Подходит для длительного применения
- Доступная стоимость курса терапии

Основные формы выпуска:
Ампулы 15 мг/2,5 мл №3, №10
Таблетки 15 мг №20

Фармстандарт

DIAGNOSTICA ET THERAPIA IN FUTURA ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ БУДУЩЕГО

По заданию руководства Объединенной Европейской Гастроэнтерологии группа профессиональных ирландских футурологов попыталась ответить на вопрос, какой станет европейская медицина к середине XXI века. Результаты этой работы были доложены в октябре 2014 г. в Вене на одном из заседаний Европейской Гастронедели.

На примере одного из самых быстрорастущих по распространенности в Европе и Америке заболеваний – колоректального рака – были предложены три концепции (или модели или «периоды» (ориг. – “ages”) развития здравоохранения на континенте до 2040 г.

В качестве переменных исследователи использовали огромное количество демографических, социологических, промышленных, научно-исследовательских, экологических, медицинских, статистических, политических и других показателей. Первая модель была названа “The Ice Age” («ледниковый период»). Она основана на старых подходах, когда бюджетное финансирование здравоохранения в любых странах не может быть достаточным даже хотя бы в силу быстро развивающихся высоких лечебно-диагностических технологий и огромных затрат на производство новых высокоэффективных лекарственных препаратов.

Возвращаясь к модели колоректального рака, делается вывод, что в «ледниковом периоде» он диагностируется на поздних стадиях в среднем возрасте больного около 50 лет, как в группе богатых, так в группе бедных. Причина – позднее обращение к врачу (уже на 3–4 стадии) из-за отсутствия ярко выраженных симптомов. На первые признаки заболевания – запоры, неустойчивый стул и небольшие кишечные кровотечения, как правило, никто не обращает внимания.

Следует отметить, что при этом заболевании практика постановки диагноза по факту обращения считается порочной. Уже в течение многих лет в большинстве стран Европы и Америки как профессионалами, так и государственными (и межгосударственными) структурами принимаются национальные и международные программы (например, «трансатлантический консенсус») по раннему выявлению этого заболевания. Серьезность проблемы настолько осознана, что Совет Европы проводит ежегодные конференции, посвященные этой проблеме, в некоторых из них нам довелось участвовать.

Сейчас в России Минздравом запущены скрининговые программы, показавшие высокую эффективность ранней диагностики не только раков различной локализации, но и общесоматических хронических заболеваний. Нужно четко представлять себе, что ранняя диагностика колоректального рака – это задача терапевта, гастроэнтеролога, врача общей практики, семейного врача, а не только колопроктолога или онколога.

Следующая модель – «силиконовый период» (“The Silicon Age”) представляется нам настоящим прорывом, причем весьма и весьма реальным. Силиконовая модель развития здравоохранения делает ставку на “e-medicine” (электронную медицину), которая характеризуется двумя моментами – широким внедрением новейших диагностических и лечебных IT-технологий и быстрым развитием цифровых коммуникационных систем.

Классическая гуманитарная лечебно-диагностическая система «врач – больной» заменяется на цифровую коммуникационно-логистическую систему «гаджет – колла-центр – гаджет».

Информация об изменениях в организме больного (либо из имплантированного биочипа, либо от контактного датчика, либо из дистанционного анализатора выделений организма и т.п.) мгновенно дистанционно доставляется аналитическому коммуникационному колла-центру (“call-centre” или «облако» – “iCloud”) и там обрабатывается. Ответ приходит либо в виде команды на имплантированное в организм больного устройство – корректор функции или показателя, либо поступает на гаджет больного в виде автоматизированного формализованного совета. В ряде случаев больной сам может передать информацию в колла-центр и связаться с врачом, так же как и медик-эксперт имеет возможность при необходимости связаться непосредственно с больным.

Технологические возможности позволяют врачу и визуально контактировать с больным (например, по Skype). Полагают, что несмотря на то, что непосредственный контакт врача и больного во многом формализован, дистанционен, информативность его достаточно высока.

Обращает на себя внимание высокая ответственность, возлагаемая на врачебное сообщество, т.к. диагностические лечебные программы колла-центров составлены на основе национальных или международных рекомендаций, разработанных профессиональными врачебными ассоциациями.

Итак, как мы видим, «облачные» технологии дистанцируют врача от больного, сохраняя возможность непосредственного контакта.

Развитие молекулярной и геномной диагностики позволяют осуществлять этот процесс на сверхтонком уровне. Эта модель даст возможность не только значительно разгрузить первичное звено врачебной помощи, но и со временем поднимет вопрос о его целесообразности.

На начальных этапах «облачные» диагностическо-лечебные технологии будут, скорее всего, касаться наиболее распространенных заболеваний (например, артериальной гипертензии, сахарного диабета), но со временем позволят отследить почти весь спектр нозологических форм.

Высочайшая техническая оснащенность медицины «силиконового периода» (геномная, внутриутробная, ранний послеродовой период) и достаточное финансовое обеспечение позволят во всех юных европейских странах как предпринять, так и раннюю диагностику значительного количества потенциальных заболеваний, которые могут развиваться у данного индивидуума.

Исследователи предположили, что выявление «генов предрасположенности» повлечет за собой создание целевых программ ранней диагностики, направленных на прицельное обследование, делающих возможным диагностику колоректального рака, например, в 25-летнем возрасте, что поможет значительно увеличить продолжительность жизни этого человека.

Представленный последний сценарий “The Golden Age” («золотой век» европейского здравоохранения) представляется нам значительно политизированным, нежели технологичным, т.к. описывает возможности здравоохранения процветающих Соединенных Штатов Европы (СШЕ), оставляя внутри себя силиконовую, облачную модели.

Каким предполагается здравоохранение в СШЕ (ныне Евросоюз) с их планирующейся единой политической, финансовой и языковой моделью применительно к модели колоректального рака?

В качестве примера рассматривается следующая ситуация: человек с малосимптомными кишечными расстройствами, живущий, к примеру, в Англии, обратив внимание на свой симптом, получает в аптеке эндоскопическую капсулу, готовит ее и проглатывает ее. Капсула передает полученное изображение в единый европейский колла-центр, который находится, условно говоря, в Нидерландах, куда поступает электронная информация из всех радиондоскопических, проглоченных жителями Евросоюза. Там «облако» анализирует полученную информацию и дает рекомендацию этому больному ехать (не забываем, все условно!) в южную Италию, потому что только там находится единый европейский клинический центр, занимающийся только этими формами колоректального рака.

На первый взгляд все оперативно и достаточно результативно. Однако даже при таком развитии событий средний возраст жителя СШЕ с впервые диагностируемым колоректальным раком составит 58 лет. Расчетный бюджет «золотого периода» здравоохранения объединенной Европы не выдержит нагрузки бесплатной химиотерапии всех онкологических заболеваний, количество которых будет увеличиваться в связи с прогностическим увеличением продолжительности жизни европейцев.



Как мы убеждаемся, в «золотом веке» европейской медицины, как и в предыдущей «силиконовой» модели, врач дистанцирован от больного, его задачей является экспертное составление программ, при необходимости – экспертное консультирование больного и, по-видимому, личное участие в проведении оперативного пособия по лечению от тяжелого онкологического заболевания (конечно, оперируя с помощью робототехники). Но тем не менее эндовидеокапсульная диагностика все-таки осуществляется по факту обращения больного при появлении симптомов заболевания.

Читателю, как и нам, многие из приводимых положений представляются не бесспорными, тем не менее многое из перечисленного начинается уже в настоящее время. Современная медицина – медицина цифр, новейших технологий, мощного инструментального обеспечения, готовых стандартных решений, международных, иногда не согласуемых с нашим национальным опытом и традициями рекомендаций.

Старая медицина, медицина высокой духовности и эмпирики, более чем два тысячелетия жившая по Гиппократу, уходит.

Абсолютная истина “Medicus curat, natura sanat” всегда помогала в сложных ситуациях. Сотни поколений врачей выросли на эмпирике. Один из отцов русской медицины Матвей Яковлевич Мудров учил: «Всегда и во всем советуйтесь с Гиппократом, он вас не подведет».

Но эмпирический опыт предшествующих поколений постепенно забывается, т.к. становится невостребованным. Многие методики, служившие диагностической опорой, оказываются ненужными. Разработанное Григорием Антоновичем Захарьиным искусство сбора анамнеза не включено ни в стандарты, ни в гайдлайны. Далеко не везде практикуются клинические обходы и разборы, внедренные Сергеем Петровичем Боткиным. Многие совершенно справедливо считают, что молодые поколения врачей не умеют физикально обследовать больного.

Предложенная сэром Уильямом Остером формула «Искусство диагноза есть искусство балансирования вероятностями» впервые была увидена мной в великолепной книге Ледли Ластеда «Введение в теорию принятия решений в медицине». Стало понятно, что вероятность имеет количественное значение, т.е. может быть обозначена цифрой.

Научно-технические революции, служившие двигателем прогресса в медицине, быстро уничтожают ее духовную часть, медицину как искусство врачевания. Многие методики, надежно служившие десятилетиями, отмирают. Наряду с аускультацией сердца оказалась ненужной и фонокардиография. Недавно с удивлением убедился, что в кабинете функциональной диагностики не знают, куда накладывать грудные электроды для регистрации ЭКГ. Все большее значение придается не графическому или цифровому результату инструментального обследования, а словесному заключению специалиста соответствующего профиля. К тому же следует отметить, что тончайшие сверхсовременные методы обследования влекут за собой развитие новых функционально-морфологических представлений и, соответственно, появление новых названий заболеваний и новых классификаций.

Изменяются и подходы к лечению. Эндокриургические и малоинвазивные вмешательства позволили значительно снизить риски неблагоприятных исходов заболеваний. Все шире применяется протезирование, в т.ч. и биопротезами.

Фармакотерапия, основанная на использовании метаболически активных природных или синтезированных веществ, все чаще оказывается недостаточной, наступает эра биотерапии, в т.ч. персонализированной, в т.ч. и геномной терапии, а также “tailored therapy” («терапии под заказчика»).

Вернемся к понятиям «терапия» и «терапевт» в современном понимании.

Семантику понятия «терапия» мы достаточно подробно рассмотрели в нашей с В.С. Беляевой монографии «Российские терапевты».

Понятие «терапевты» пришло от названия одной из сект – ветвей дохристианской религии. Название *θεραπευται* они получили, по Филону, от глаг. *θεραπεω* – «...искусство врачевания, которое исцеляет душу, или за почитание того Существа, которое лучше самого добра». Удалившись от мира, они жили на берегу озера, предаваясь исцеляющим душу молитвам.

В описании Филона терапевты – настоящие монахи... Каждый отшельник имеет отдельную хижину со специальным местом для богомыслия и молитвы – монастырион. «Стремясь к бессмертной и блаженной жизни, – говорит Филон, – и считая, что земная жизнь уже кончилась, они оставляют имущество сыновьям и дочерям или другим родственникам, по доброй воле заранее сделав их наследниками».

Вообще-то «терапевт» в переводе с греческого – либо «врачующий», либо «ухаживающий за больным». Из старых источников известно, что относительно медицины первым применил понятие «Терапия» Маймонид, живший в XII веке в Александрии.

Исторически диагностика и лечение представлялись разделенными.

7 августа 1769 г. на медицинском факультете Императорского Московского Университета профессор Петр Дмитриевич Вениаминов начал читать курс физиологии, патологии и общей терапии, а через год с небольшим, 4 октября в 1770 г., первый выпускник медицинского факультета профессор Иван Андреевич Сибирский – курс лекций по семиотике (т.е. симптоматике и диагностике), патологии и диететике.

Но уже с конца XVIII века кафедра медицинского факультета Императорского Московского Университета, возглавляемая известным золотом профессором Семеном Герасимовичем Зыбелиным носила наименование кафедры диагностики и терапии.

Так требующая высокого профессионализма практика объединяет и диагностику, и лечение. “Qui bene diagnostit, bene curat” – «Кто хорошо диагностирует, хорошо лечит» – гласит старая врачебная истина.

В русской истории понятие «терапевт» было впервые применено к Григорию Антоновичу Захарьину в 1890-х гг. в словаре Брокгауза и Ефрона.

XX век прошел под знаменем терапии как дисциплины о внутренних болезнях, хотя мы понимаем определенную условность понятия «внутренние». Логическое завершение специальности, с моей точки зрения, положил XII съезд терапевтов СССР, давший вслед за Западом толчок узкой специализации в терапевтической клинике.

Результат мы видим сегодня – несколько специалистов различного профиля согласно собственным профессиональным рекомендациям лечат патологию единого геноза, но локализирующуюся в различных органах. Появились специалисты только по одной нозологической форме или умеющие использовать только одну фармгруппу лекарственных препаратов. Полагаю, преречень может быть продолжен.

И в то же время успехи медицины и, в частности, фармакотерапии, явились одной из причин нового явления – полиморбидности, в т.ч. и ятрогенной.

Каков же должен быть современный терапевт и где находится его поле деятельности?

Это не врач первичного звена, там нужен специалист на все руки, но, без обиды будет сказано, среднего профессионального уровня, рядовой – врач семейный или общей практики. Да так уже и произошло – термин «участковый терапевт» трансформировался в «участковый врач». Задача этого звена – успешно справляться с типичными нетяжелыми ситуациями. На амбулаторно-поликлиническом этапе место квалифицированного терапевта – в колла-центре, от его грамотного решения зависит дальнейшая тактика ведения больного.

Более сложные процессы начинаются в стационарах терапевтического профиля, куда попадают больные с жизнеопасными осложнениями хронических заболеваний. В типичных ситуациях этими больными занимается узкопрофильный специалист, в сложных случаях – обязательно квалифицированный общий терапевт, имеющий опыт в диагностике и лечении системно протекающих заболеваний, полиморбидности, в дифференциальной диагностике и терапии. В стационаре должно быть и общетерапевтическое отделение, предназначенное именно для такого рода тяжелых больных.

Полагаю, что лозунгом современной медицины должен стать слоган: «Прибор диагностирует, интернет советует, врач принимает решение» – “Fabrica diagnostit, lorem monet, medicus agitur”.

А.Б. ЛАЗЕБНИК, академик РАН, президент Научного общества гастроэнтерологов России, проф. Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

* Более подробно с разрешением к публикации оригиналом статьи, любезно переданным нам руководством UEG, читатель может ознакомиться в журнале «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», 2015, №5.

«БОЛЬ В СПИНЕ» – ПРОБЛЕМА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ, РЕШЕНИЕ МЕХАНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ

(в свете приказа МЗ РФ от 29.12.2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»)

Здоровый позвоночник – основа благополучия организма человека. Почему же из надежной опоры он вдруг превращается в источник мучений, а боль в спине становится чуть ли не нормой? В России около 90% населения в возрасте старше 30 лет имеют проблемы со спиной. Основная причина заключается в том, что человек за последние годы изменил свой образ жизни: физическая нагрузка уменьшилась во много раз, а нервно-психическое перенапряжение достигло критического уровня. Все это приводит к функциональным нарушениям, а затем и к **патобиомеханическим изменениям в позвоночном столбе**. Самые частые причины болей – вертеброгенные болевые синдромы – патогенетически связаны именно с патобиомеханическими изменениями, возникающими при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника.

Классификация болей в спине

Объект внимания **аллологов** – обширная категория патологических болей в спине. Из них первую группу составляют так называемые соматогенные боли, возникающие при любых заболеваниях внутренних органов, что обусловлено раздражением периферических рецепторов.

Вторая группа – боли в спине невропатического, или неврогенного, характера. Они появляются при повреждении нервной системы и часто оказываются непростой задачей для неврологов. Ведь если в случае соматогенной боли достаточно устранить причину ее возникновения, то в невропатическом варианте неприятные ощущения часто не имеют конкретного источника, а болевые импульсы генерируются в периферических нервах или ЦНС спонтанно.

Наконец, последняя и, пожалуй, самая загадочная группа патологических болей – психогенные. Они появляются будто бы беспричинно, на пустом месте, когда не повреждены ни внутренние органы, ни нервная система. Чаще всего такие состояния возникают на фоне психических расстройств. Депрессия – одно из самых распространенных психических заболеваний – в большинстве случаев сопровождается именно такой спонтанной болью.

Существует и другая классификация, согласно которой боль может быть острой или хронической. Острые боли, как правило, имеют соматогенную природу. Они сохраняются определенное время, в зависимости от вида и продолжительности повреждения. Хроническую боль отличает длительность: она может беспокоить человека и по истечении формального срока, необходимого для восстановления тканей.

В этом случае проблему решают по другим правилам. Для эффективного лечения боли в спине нужен биофизиопсихосоциальный подход, включая когнитивные и поведенческие подходы, а также мультимодальное лечение, социальную реабилитацию, применение специальных методов воздействия.

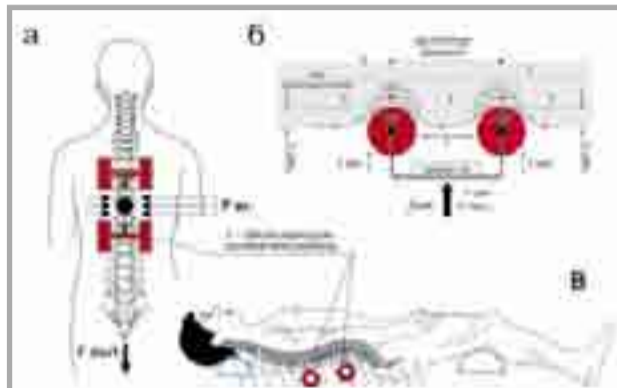
«ОРМЕД» – СУТУЛОСТИ НЕТ

Сегодня в профилактике и восстановительном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата позвоночника большое внимание уделяют средствам механического воздействия. Правильно разработанные и научно обоснованные сочетания различных физических факторов механической природы представляют большую ценность для лечебной практики. Аппарат идеально подходит для разработки позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника. Оказывает лечебное и тренировочное воздействие на связи позвонков и межпозвоночных дисков, способствует профилактике искривления, сутулости и сколиоза, развивает подвижность звеньев позвоночника, устраняет тугоподвижность.

«ОРМЕД» – СПАЗМЫ НЕТ

Снять напряжение со **спазмированных** мышц спины, поставить на место сдвинутые позвонки, восстановить утраченную гибкость позвоночника, следовательно, устранить сдавливание нервов возможно, если механически воздействовать на позвоночник, регулярно и своевременно производить виброрелаксационную коррекцию (репозицию) смещенных позвонков. Одно из направлений реабилитации – аппаратно-вибротракционный метод механического воздействия с помощью декомпрессионных аппаратов серии «ОРМЕД». Основными действующими факторами предложенных аппаратов являются дозированное осевое вытяжение и локально-вибрационное механическое паравертебральное воздействие на околопозвоночные спазмированные мышцы с помощью обкатывающих роликов-массажеров, жестко соединенных с вибратором.

В аппаратах серии «ОРМЕД» метод сочетанный – эффект синергетический применяется в комплексном лечении, т.к. физические факторы – вытяжение (тракция), вибромассаж, обогрев, виброрелаксация позвонков – действуют одновременно и подаются на один и тот же участок тела – позвоночник – в виде одной процедуры. В этом случае происходит усиление взаимовлияния физических факторов на физиологической основе их совместного суммарного действия, что формирует новые лечебные эффекты, т.е. достигается **синергетический эффект**. Эффективность применения предложенной методики не вызывает сомнения, т.к. многочисленными исследованиями установлено, что при дозированном вытяжении позвоночника происходит увеличение высоты межпозвоночного диска, снижение внутридискового давления,



Относительное паравертебральное расположение роликов-массажеров и схемы массажа мышечных тканей в области позвоночника:

а) вид снизу (фронтальная плоскость); б) силовое воздействие роликов-массажеров на позвоночный столб; в) вид сбоку в сагиттальной плоскости: 1 – ролики-массажеры; 2 – позвонок; 3 – глубокие мышцы, окружающие позвоночник; 4 – мышечная поверхность спины: $F_{\text{дав}}$ – сила давления роликов на мышцы за счет действия дозируемой подъемной силы $F_{\text{под}}$ на ролики-массажеры; $f_{\text{виб}}^{\text{зад}}$ – частота механической вибрации роликов-массажеров; $F_{\text{выт}}^{\text{зад}}$ – дозируемая сила вытяжения; $F_{\text{втл}}$ – вталкивающая сила, действующая на позвонки и грыжу; $b_{\text{дав}}$ – глубина массажа (давления).

способствующее декомпрессии спинномозговых корешков и позволяющее проводить виброрелаксацию-репозицию позвонков. При этом виброрелаксация проводится паравертебрально с помощью роликов-массажеров, сообщая позвонкам поперечное силовое механическое воздействие и заставляя их «плавать» в мягких мышечных тканях, преодолевая межкостное сцепление. Методики медицинской реабилитации, основанные на механотерапии, являются патогенетически оправданными и эффективными для наибольшего числа пациентов с дистрофическими заболеваниями позвоночника. Гарантия до 3-х лет!

Если у относительно здоровых лиц имеется **предрасположенность к появлению заболеваний позвоночника, то при уже сформировавшемся остеохондрозе позвоночника регулярные аппаратные тренировки паравертебральных мышц позвоночника на таких многофункциональных механотерапевтических установках, как «ОРМЕД-тракцион», «ОРМЕД-профессионал», «ОРМЕД-профилактик», «ОРМЕД-релакс», «АКВАТРАКЦИОН» (ванна бесконтактного гидромассажа позвоночника), «ОРМЕД-кинезо» (кинезотерапевтический тренажер) и «АКВАТРАКЦИОН» (комплекс подводного вытяжения и гидромассажа позвоночника) крайне необходимы.**

Система менеджмента качества предприятия сертифицирована по **Международным стандартам ISO 9001:2011**. Гарантия на оборудование до 3-х лет!

Механотерапевтические установки серии «ОРМЕД» объединяют в себе новейшие медицинские технологии реабилитации и лечения заболеваний позвоночника и суставов, основанные на механическом дозированном вытяжении и роликовым паравертебральном вибромассаже позвоночника. Существуют следующие методы лечебного воздействия на аппаратах «ОРМЕД»: роликовый вибромассаж паравертебральных зон позвоночника; акупрессура биологически активных точек перемещающимися роликами-массажерами по оси позвоночника; растяжение, сгибание, разгибание, коррекция, репозиция позвонков движущимися роликами-массажерами; тепловое воздействие на околопозвоночные мышцы; дозированное вытяжение позвоночника.

Роликовый вибромассаж

Манипуляция выполняется перемещающимися роликами-массажерами под воздействием дозируемой подъемной силы $F_{\text{под}}$. Используется основной прием классического массажа – глубокое, непрерывное, продольное паравертебральное разминание тканей позвоночника, при котором вместо рук массажиста используется вибромеханический метод.

Параметры роликов-массажеров аппарата выбраны таким образом, чтобы при перемещении их вдоль оси позвоночника происходило последовательное поочередное разминание, сжатие-разжатие, сгибание-разгибание, раскатывание локальной **околопозвоночной мышечной ткани**. В результате такого функционального перемещения роликов-массажеров достигается коррекция биомеханического состояния позвоночника. Работает жизненно важный закон физиологии: **сокращения и расслабления глубоких мышц** позвонков.

Микровытяжение (растяжение) сегментов позвоночника

Перемещающиеся по паравертебральным зонам ролики за счет глубокого разминания мышц оказывают воздействие на сегменты позвоночника в виде растяжения, разгибания, сгибания, коррекции и репозиции позвонков. Эффект растяжения и коррекции позвоночных сегментов усиливается из-за **теплого воздействия** на длинные мышцы спины и их умеренной релаксации. Одновременно за счет **глубокого разминания** стимулируются мышцы спины и увеличивается масса мышечных волокон, укрепляется **«мышечный корсет»** позвоночника.

Тракционная терапия

Тракция, по существу, один из видов механотерапии – это патогенетически обоснованный метод лечения неврологических проявлений деформирующих дорсопатий. Установлено, что большинство этих неврологических расстройств (рефлекторного или корешкового характера) напрямую связано с патобиомеханическими изменениями в межпозвоночном диске.

Дозированное (по силе и по времени натяжения и ослабления) вытяжение позвоночника – высокоэффективный метод лечения, который не только быстро обезболивает, но и оказывает профилактическое действие на длительный срок. Его основной механизм действия заключается в декомпрессии анатомических структур позвоночного столба. Метод высокоэффективен, а тенденции развития медицинских технологий указывают на перспективность широкого внедрения в лечебную практику методов и режимов вытяжения позвоночника, проводимых на декомпрессионных механотерапевтических аппаратах серии «ОРМЕД-профессионал», «ОРМЕД-тракцион», «ОРМЕД-профилактик», «АКВАТРАКЦИОН».

НВП «Орбита» осуществляет полное сервисное обслуживание своей продукции, сообщает о новинках, и на сайте предприятия www.ormed.ru всегда можно найти актуальные отзывы работающих с аппаратами врачей, а также получить консультацию по их эксплуатации и методиках лечения.

Как пройти обучение методике лечения на аппаратах «ОРМЕД»?

Научно-внедренческое предприятие «Орбита» организует ежемесячное обучение персонала работе на оборудовании «ОРМЕД» в городской водолечебнице № 1 Екатеринбург – учебно-методической базовой клинике НВП Орбита (ул. Первомайская, 77).

В программе обучения:

- теоретическая часть;
- история метода, виды вытяжения;
- механизм образования межпозвоночных грыж и других патологий;
- физиологические механизмы тракционной терапии в практике лечения межпозвоночных грыж на аппаратах «ОРМЕД»;
- показания и противопоказания к проведению тракционной терапии;
- устройство аппаратов «ОРМЕД»;
- методики тракционной терапии при лечении различных заболеваний костно-мышечной системы;
- сочетание тракционной терапии с физиотерапевтическими, лекарственными методами, рефлексотерапией и другими; практические занятия.

Различные варианты программ обучения рассмотрены в книге «Механотерапия: основы тракционной терапии» (Москва, издательство «Медицина», 2013, 432 с.), которая предлагается в процессе обучения.

Полный перечень оборудования для платных услуг на сайте WWW.ORMED.RU.

КОМПАНИЯ НВП «ОРБИТА» ПРОВОДИТ 2-Х ДНЕВНОЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МЕТОДИКАМ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ МЕХАНОТЕРАПИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ (ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА).

1. Обучение проводится в учебно-методической базовой клинике компании НВП «Орбита» – Городская водолечебница №1 г. Екатеринбург, которое включает теоретическую подготовку и освоение методик и практических навыков при проведении тракционной терапии и механотерапии с использованием медицинского оборудования серии «ОРМЕД».
2. Обучение проводит врач высшей категории, вертебролог-физиотерапевт, ведущий специалист по методам тракционной терапии Богданов Ю.Н. По окончании обучения слушатели получают Сертификат об обучении методам тракционной терапии и механотерапии на аппаратах серии «ОРМЕД».

Наша цель – научить врачей грамотному подходу к назначению тракционной терапии и механотерапии, профессиональному использованию механотерапевтического оборудования, что позволит добиться лечебных эффектов в клинической практике и избежать осложнений.

Подробнее информации обо всех аппаратах серии «ОРМЕД», методиках механотерапии и заключениях специалистов, а также по вопросам приобретения книги (оптом и в розницу) вы можете получить на сайте WWW.ORMED.RU
Уфа, ул. Центральная, 53/3, тел./факс: (347) 227-54-00, 221-45-13, e-mail: ormed@ortmed.ru

ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ – ОБОРУДОВАНИЕ СЕРИИ «ОРМЕД» ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Тракторное оборудование для сухого вытяжения успешно используется при безоперационном лечении межпозвоночных грыж, протрузий, остеохондрозов, искривлений позвоночника и других дорсопатий.



«ОРМЕД»-профессионал

«ОРМЕД-профессионал» предназначен для специалистов с высокими требованиями к эксплуатируемой технике. Такая установка эффективна при дозированном вытяжении позвоночника и суставов, паравертебрального вибрационного массажа мышечно-связочного аппарата по заданной программе и теплового воздействия. Рычаги вытяжения позволяют провести его под различными углами как по вертикали, так и по горизонтали. Возможно проведение паравертебрального вибромассажа с вытяжением поясничного или шейного отделов позвоночника и вытяжение суставов верхних и нижних конечностей. Пульт управления аппаратом имеет цветной сенсорный жидкокристаллический дисплей управления, позволяющий отображать процедуру на графике в режиме реального времени.

Предусмотрено дифференцированное вытяжение позвоночника, в том числе в переменном режиме. В процессе лечения параметры можно менять и полностью контролировать на экране всю лечебную процедуру в динамике, так как работа аппарата запрограммирована и управляется микропроцессором. Рычаги вытяжения позволяют провести его под различными углами – как по вертикали, так и по горизонтали. В базовую комплектацию установки входят все необходимые приспособления (пояса и ремни) для вытяжения в большом и малом размерах.



«ОРМЕД»-тракцион

«ОРМЕД-тракцион» – предназначен для дозированного вытяжения шейного (вертикального, горизонтального) и поясничного отделов позвоночника по заданной программе без роликового массажа. Комплектуется специальной кушеткой для вытяжения с подвижной секцией. Аппарат позволяет настроить такие индивидуальные параметры вытяжения, как нарастание/снижение нагрузки, время (остановки и ослабления) тракционной, активной и пассивной фаз.

Встроенный процессор управляет режимом вытяжения по заданной программе с возможностью дозирования и регулирования параметров вытяжения в процессе проведения процедуры. Ход ее контролируется на графике в режиме реального времени на сенсорном ЖК-мониторе. Дифференцированное вытяжение позвоночника и суставов возможно как вертикально, так и горизонтально, за счет изменения длин тяговых ремней.

«ОРМЕД-профилактик» – аппарат для дозированного аутогравитационного вытяжения на наклонной плоскости под действием веса тела пациента за счет изменения угла наклона кушетки и паравертебрального вибрационно-механического массажа позвоночника. Его отличают удобство конструкции, легкость в эксплуатации и многофункциональность в проведении профилактических, реабилитационно-восстановительных лечебных процедур. «ОРМЕД-профилактик» позволяет



«ОРМЕД»-профилактик

упростить процедуру вытяжения и добиться максимального эффекта лечения заболеваний позвоночника при минимальных затратах.

При механическом воздействии роликовых массажеров на позвоночник в процессе их перемещения межпозвоночные связки поочередно и многократно сгибаются и разгибаются на определенную величину или сжимаются и растягиваются. В результате снимается мышечный спазм, восстанавливается нормальная подвижность позвонков, укрепляется мышечный корсет позвоночника, устраняется защемление или сдавливание нервных окончаний.

Лечение на аппарате «ОРМЕД-профилактик» безопасно для пациентов и не требует специальной подготовки персонала, поэтому он может быть использован не только в неврологической службе медучреждений и на фельдшерских медпунктах предприятий, но и в оздоровительных центрах, фитнес-клубах, саунах и даже в домашних условиях.



«ОРМЕД»-релакс

«ОРМЕД-релакс» – установка для дозированного паравертебрального вибрационного роликового массажа позвоночника. Регулировка всех параметров осуществляется с пульта управления. Кнопка «пауза» позволяет локализовать вибромассаж в проблемном отделе позвоночника. В результате проведения комплексной процедуры спина массируется сразу в двух плоскостях – продольной и поперечной, под влиянием чего позвоночник выпрямляется и растягивается, исчезают ущемления нервных окончаний, снимается мышечный спазм, восстанавливается нормальная подвижность позвонков. Уходит боль в спине. «ОРМЕД-релакс» рекомендован также для профилактики и восстановительного лечения детей с нарушением осанки и сколиозом I и 2 степеней.

Тракторное оборудование для подводного вытяжения

В теплой воде под действием небольшой нагрузки на позвоночник происходит полное расслабление мышц и растягивание околопозвоночных эластичных тканей и связок. И, как результат, устраняется сдавливание ущемленного корешка спинномозгового нерва, ликвидируется смещение межпозвоночного диска и улучшается кровоснабжение, уменьшаются, а затем и совсем исчезают боли.



Акватракцион

«АКВАТРАКЦИОН» – автоматизированный комплекс для подводного вытяжения и гидроаэромассажа позвоночника со встроенным механизмом подъема пациента.

Комплекс разработан с максимальным удобством для врача, безопасностью и комфортом для пациента. На сегодняшний день он не имеет аналогов по своим функциональным возможностям, так как ни одна ванна подводного вытяже-

ния не включает в себя электронную тракцию шейного и поясничного отделов позвоночника, адаптированный встроенный подъемник, ручной подводный душ-массаж и паравертебральный гидроаэромассаж. При этом процедура вытяжения отслеживается на графике в режиме реального времени.

«АКВАТРАКЦИОН» позволяет выбрать дозированное постоянное или переменное вытяжение, процедура которого отображается на цветном сенсорном ЖК-мониторе пульта управления в реальном времени, заданные параметры можно менять даже во время проведения процедуры.

В корпусе ванны на уровне паравертебральной зоны установлены гидроаэромассажные форсунки для повышения лечебного эффекта расслабления околопозвоночных мышц и связок.

Дополнительно ванна комплектуется ручным подводным душем-массажем для подготовки пациента к тракции. С помощью аварийной пневмокнопки пациент может остановить процедуру в любой момент.

Специальный встроенный подъемник вмонтирован в ложе ванны. С помощью пульта управления возможно механизировать перемещение пациента из горизонтального (исходного) в наклонное (рабочее) положение и обратно.

Одним из важных преимуществ ванны является ее геометрическая конструкция. Наклонное дно позволяет экономить пространство и воду (до 30% объема). В отличие от ванн с горизонтальным дном в нашей ванне пациент полностью погружен в воду и его грудная клетка не остывает во время проведения процедуры.

Комплекс установлен в лечебно-профилактических учреждениях по всей России и заслужил немало положительных отзывов.

Кинезотерапия



«ОРМЕД»-кинезо

«ОРМЕД-кинезо» – установка для дозированного динамического изменения углов между звеньями позвоночника при сгибании и разгибании его в положении лежа в пассивном режиме работы мышц туловища. Позволяет проводить процедуры с возможностью изменения угла и скорости сгибания и разгибания. Аппарат идеально подходит для разработки позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника. Оказывает лечебное и тренировочное воздействие на связи позвонков и межпозвоночных дисков, способствует профилактике искривления, сутулости и сколиоза, развивает подвижность звеньев позвоночника, устраняет тугоподвижность.

Лечение основано на производимых с помощью аппарата «ОРМЕД-кинезо» воздействиях движением на позвоночник – они уменьшают напряжение мышц и снижают давление на межпозвоночные диски и осуществляют микровытяжение позвоночника в грудном и поясничном отделах в пассивном режиме. Дозированные амплитуды механических движений при тугоподвижности позвоночника усиливают питание межпозвоночных дисков: они увеличиваются в размере, отводятся друг от друга позвонки, освобождая таким образом выходящие из спинного мозга нервные корешки. Пульт управления предполагает выбор разных алгоритмов лечения, а с помощью кнопки пульта «пауза» кушетка аппарата устанавливается под необходимым углом.

«ОРМЕД-кинезо» может найти применение не только в медицинских учреждениях широкого профиля, но и в учебных и спортивных организациях, офисах, в косметологических кабинетах.



«ОРМЕД»-мануал

Многофункциональный стол «ОРМЕД-мануал» позволяет проводить специальные манипуляции, включая продольные, боковые и ротационные движения в тазовой области, вращательные движения в грудном отделе позвоночника. Конструкция столов обладает широкими функциональными возможностями, так как обеспечивает большое количество всевозможных позиций тела пациента при проведении массажа и мануальной терапии. Возможны как минимум 15 вариантов носительного углового расположения секций, что, с учетом положения пациента – лицом вверх (вниз), на левом (правом) боку – перекрывает практически все требуемые позы, необходимые для проведения массажных и мануальных процедур на любых участках тела. При этом конструкция стола позволяет устанавливать практически любые наклоны секций в пределах диапазона их изменения. Правильная укладка пациента при проведении сеанса мануальной терапии важна, поскольку от нее зависит распределение нагрузки на опорно-двигательную систему во время сеанса.



Акварелакс

С помощью бесконтактной гидромассажной ванны «Акварелакс» проводится уникальный механо-гидромассаж без контакта с водой, т.е. без погружения пациента в водную среду, в максимально комфортных условиях. При этом все ощущения аналогичны подводному струевому массажу. Поддерживается постоянная температура воды, запрограммированная работа форсунок позволяет с помощью пульта управления устанавливать и изменять массажные программы при любом положении тела пациента (на спине, на боку, на животе), выбирая наиболее комфортный режим воздействия.

Основные преимущества «Акварелакса» – в отсутствии контакта с водой (не нужно раздеваться, мочнуть, потом сушиться) – тепло воды проникает в глубокие ткани мышечного каркаса пациента, стимулирует кровообращение без лишней нагрузки на кровеносную систему, активизирует обмен веществ и расслабляет мышцы и связки.

Благодаря новому оригинальному дизайну, «Акварелакс» – украшение для любого помещения. Поверхность ванны условно разделяется на 6 рабочих зон, вода подается под давлением через 24 форсунки, которые расположены таким образом, чтобы максимально эффективно воздействовать на все необходимые области тела.

Применяется ванна в физиотерапевтических клиниках-курортах, оздоровительных учреждениях: SPA-центрах, фитнес-клубах, салонах красоты; а также в гостиницах, офисах и домашних условиях. Положительно влияя на вегетативную нервную систему, такой массаж благотворно воздействует на внутренние органы, уменьшает подкожные жировые отложения, устраняет целлюлит, лечит от бессонницы, депрессий и т.д. Успешно сочетается с различными видами обертываний, значительно увеличивая эффективность этих процедур.

Подробную информацию обо всех аппаратах НВП «Орбита», методиках механотерапии и заключения специалистов вы можете получить на сайте WWW.ORMED.RU.

Адрес: г. Уфа, ул. Центральная, 53/3, тел./факс: (347) 227-54-00, 281-45-13. E-mail: ormed@ormed.ru

Авторы-составители: Н.И. ГИНИЯТУЛЛИН, М.Н. ГИНИЯТУЛЛИН, В.А. СУЛЕЙМАНОВА

INTERNIST.RU – УЧИМСЯ ВСЮ ЖИЗНЬ

Медицинское образование всегда составляло особый предмет интересов государства, поскольку оно подразумевает не только приобретение и обновление знаний врача, но и способствует скорейшему внедрению новых результатов исследований в практику, пробуждает свежие научные идеи, а также неминуемо влияет на социальные показатели. Все это сказывается на человеческом, научном и экономическом потенциале страны.

Осознание важности социально-экономических перспектив образования привело к практике непрерывного обучения «длиной в жизнь». Сама же идеология беспредела совершенствования знаний восходит еще к Гиппократу, утверждавшему, что человек, избравший профессию врача, обречен на вечное учение и должен оставаться компетентной личностью.



Традиционное последипломное получение профессиональных знаний врачами в России в последние годы отставало от реальных требований современной международной медицинской науки и практики: оно было дискретным и представляло из себя повышение квалификации каждые пять лет. Однако в странах Европы и США под непрерывным медицинским образованием понимают приобретение новых знаний и навыков в процессе всей профессиональной деятельности. В настоящий момент российское последипломное образование переживает реформу с переходом к системе непрерывного медицинского образования (НМО). В рамках этого перехода в 2013 г. Координационным советом по развитию медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации был реализован пилотный проект НМО, в котором приняли участие 9 регионов РФ и 16 профессиональных обществ, в том числе ведущие академики и профессора. Практика показала, что проект востребован, и теперь медицинское сообщество стоит на пороге того, чтобы в 2016 г. окончательно окунуться во все тонкости реформы последипломного образования врачей.

Успеть за стремительным темпом обновления медицинской информации не под силу ни одной из традиционных систем обучения или хранения информации. По пути от автора до читателя теряют свою актуальность учебные пособия по внутренним болезням, многие иностранные издания до сих пор труднодоступны для российских врачей, а посещение конгрессов требует временных и материальных затрат. В этом случае на помощь приходят безграничные возможности интернета, который по праву занял позицию инновационной составляющей в медицинской отрасли.

Лидером дистанционного медицинского образования в нашей стране стало Национальное Интернет Общество специалистов по внутренним болезням. Его силами с 2001 г. удалось монополизировать знания и сделать их доступными каждому врачу во всех уголках нашей необъятной России, а грамотное сочетание новейших информационных технологий и уникального опыта авторитетных специалистов позволяет установить прямое видеосвязное общение между учеными-экспертами и практикующими врачами из любой точки мира.

Президент Национального Интернет Общества специалистов по внутренним болезням академик РАН В.Т. Ивашкин и вице-президент Общества профессор О.М. Драпкина сумели сплотить в единую команду выдающихся отечественных и

зарубежных ученых-клиницистов, которые с энтузиазмом делятся с врачами своим опытом и новостями доказательной медицины. Общество активно участвует в реализации новой системы НМО благодаря тому, что большая часть работы, проводимой на его платформе, аккредитована Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава РФ. Таким образом врачи, участвуя в аккредитованных трансляциях, могут получать образовательные кредиты, которые будут учтены как учебные часы при очередном повышении квалификации.

Главным аккредитованным мероприятием года, которое организует Общество, является проводимый уже в четвертый раз Международный Интернет Конгресс специалистов по внутренним болезням. Это авторитетное профессиональное событие признано крупнейшим независимым онлайн мероприятием Центральной и Восточной Европы и стран СНГ. С каждым годом география этого проекта, круг представленных профессиональных обществ и научных медицинских школ расширяется, аудитория проявляет все большую вовлеченность, а именитые иностранные лекторы с охотой делятся экспертным мнением с аудиторией российских врачей. Уже привычными стали доклады лекторов из США, Великобритании, Нидерландов, Италии, Германии, Франции, а также партнерские площадки Томска, Оренбурга, Казани, Санкт-Петербурга, Иркутска, всего более 120 городов-участников в России и странах СНГ.

В программе Конгресса сконцентрированы самые горячие факты медицинского мира, поворотные события уходящего года, а также взгляд в будущее. Несмотря на смелый формат презентаций, объем информации настолько велик, что в последние годы участники следят за Конгрессом в течение трех дней, в каждый из которых регистрируется рекордное число (более 10 тысяч) индивидуальных подключений. Среди них – впечатляющие прямые интернет включения из городских больниц наиболее отдаленных регионов России с участием ведущих терапевтических отделений и других мотивированных клиницистов. Собравшись в конференц-залах, они с неподдельным интересом следят за Конгрессом, поддерживая дискуссию в студии, присылая свои отзывы, благодарности.

Для многих врачей ожидаемым событием стала ежеквартальная Всероссийская Интернет-Сессия, также получившая одобрение Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования МЗ РФ. Это мероприятие, проводимое в форме семинаров по внутренним болезням, в соответствии с принципами медицины, основанными на доказательствах, позволяет врачам-интернистам всегда быть в курсе новостей терапии, которые еще не скоро станут доступны в печатном виде, но уже чрезвычайно важны в выборе актуальной тактики ведения пациентов. История Всероссийской Интернет-Сессии началась с 2001 г., и ее богатый опыт организации «профессионального разговора» оправдал себя как современный и доступный каждому метод повышения квалификации. Особой ценностью для аудитории Интернет-Сессий и Конгрессов, традиционно проводимых на платформе ресурса internist.ru, стала доступная каждому двусторонняя интерактивная связь со студией, удобный формат презентаций, возможность задать интересующий вопрос лектору. Это позволяет забыть о границах и расстояниях, разделяющих врачей, и создать ощущение личного присутствия.

Наряду с внутренними мероприятиями Интернет Общество является официальным информационным партнером широкого круга значимых профессиональных событий и организаций. Среди них – Ассоциация специалистов в области фармакологии, биологии и медицины, Международный объединенный конгресс ассоциации колопроктологов России, Российская ассоциация эндокринологов, Общество специалистов по сердечной недостаточности и многие другие. В рамках этих событий на платформе Интернет Общества проводятся прямые трансляции лекций и репортажей, которые позволяют врачам независимо от их присутствия на Конгрессе без ограничений пользоваться актуальными материалами в своей деятельности. Продуктивное сотрудничество с Российским кардиологическим обществом позволило Интернет Обществу стать основным сетевым провайдером образовательных материалов для обширной аудитории кардиологов нашей страны.

В октябре 2014 г. пользователи портала Интернет Общества специалистов по внутренним

болезням имели шанс видеть прямую трансляцию встречи российских врачей с зарубежными звездами липидологии, которые проходили в Москве и Санкт-Петербурге под руководством профессора из Амстердама Джона Кастелайна в рамках образовательной программы РАСЕ «Академия сердечно-сосудистого образования врачей». Важным событием в истории Интернет Общества стала трансляция церемонии вручения международной премии Prix Galien. Эта премия является высшей наградой в области биофармацевтики и считается эквивалентом Нобелевской премии в этой сфере, признанием технологических и научно-исследовательских достижений, необходимых для разработки инновационных лекарственных препаратов.

Огромной популярностью и уважением среди коллег пользуется авторский образовательный проект профессора С.Р. Гиляревского «Новости доказательной кардиологии». Эта аккредитованная в новой программе НМО передача имеет своей целью держать интернистов и кардиологов в курсе последних новостей доказательной кардиологии. Виртуальные встречи с профессором проходят в прямом эфире каждый понедельник в 19 часов по московскому времени в виде научных дискуссий, обсуждения результатов как новых крупных рандомизированных, так и наиболее интересных наблюдательных исследований, которые могут быть использованы практикующим врачом в ведении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение порой бывает сложно. В этом случае на помощь приходит аккредитованная в системе НМО авторская передача профессора О.М. Драпкиной «Медицинский детектив». Традиционно по четвергам в 17 часов по московскому времени в прямом эфире виртуальной интернет-клиники собираются клиницисты, которые с увлечением решают головоломки запутанных клинических случаев, одновременно обсуждая все вопросы, комментарии и предложения на совместном разборе больного.

Значимую часть в жизни Интернет Общества занимает работа по поддержке и развитию молодых

талантов. За это направление отвечает инициативный руководитель Комитета непрерывного медицинского образования и председатель Секции молодых ученых Интернет Общества врач-кардиолог Р.Н. Шепель. Интернет-проект «Не для школы, для жизни учимся» позволяет объединить усилия молодых ученых и рассказать о достижениях современной медицины.

В 2014 г. состоялась Международная Медицинская Интернет Форум молодых ученых – уникальное в своем роде мероприятие, которое привлекло внимание большого числа участников из многих регионов России, а также из Белоруссии, Украины и США. В современном мире у молодого специалиста не всегда есть возможность заявить о результатах своей научной работы. В силу территориальной отдаленности, финансовых ограничений и других объективных причин многие вынуждены отказываться от публичных выступлений. Опыт проведения Интернет Форума молодых ученых подтвердил, что современные технологии дистанционного образования с успехом решают эти проблемы.

Экономическая целесообразность, гибкий график интернет трансляций, территориальная доступность, богатый архив записей передач, энтузиазм, с которым подходят к этому делу лекторы, а также живой интерес аудитории врачей позволяет с уверенностью говорить о том, что в технологическом XXI веке потенциал просторов интернета найдет достойное место в последипломном медицинском образовании, поможет расширить кругозор молодых специалистов и вместе с тем сотрет границы между научными школами, послужив основой продуктивного обмена информацией. Поэтому взгляд «с предвкушением» – это описание, определенно применимое к грядущим перспективам образовательных интернет-проектов, свидетелями которых мы станем в обозримом будущем.

О.М. ДРАПКИНА,
д.м.н., профессор,
вице-президент Национального
Интернет Общества
специалистов по внутренним болезням

internist.ru

6-й Международный междисциплинарный конгресс
6th International Interdisciplinary Congress



MANAGE PAIN
УПРАВЛЯЙ БОЛЬЮ

M O S C O W

13-14 NOVEMBER
НОЯБРЯ 2015 г.

M O S C O W

Конгресс-парк гостиницы «РэдиссонРойал, Москва»
Кутузовский проспект, д. 2/1, стр. 1 (м. Киевская)



В РУСЛЕ ИННОВАЦИЙ

В Калужской области состоялась церемония открытия нового завода НИАР-МЕДИК ФАРМА. Скоро здесь начнется выпуск нескольких групп препаратов, в том числе наборов реагентов для генетической идентификации личности человека и установления родства, которые, в свою очередь, будут использоваться в криминалистической и судебно-медицинской экспертизе по ДНК-маркерам человека.

Нановызов времени

Ведущим продуктом предприятия будет флагманский препарат компании НИАРМЕДИК – противовирусный препарат КАГОЦЕЛ®. И это тоже своего рода вызов современным экономическим условиям. В то время как 95% российских лекарственных препаратов (ЛП) изготавливаются из импортных субстанций (активное вещество и все сопутствующие ингредиенты закупаются за рубежом), для производства КАГОЦЕЛА® используется сырье отечественного производителя. Все это в итоге положительно сказывается на стоимости лекарства для конечного потребителя. К примеру, курс лечения препаратом Тамифлю (производитель Roche) сейчас составляет около 1500 руб., а курс лечения препаратом КАГОЦЕЛ® – в среднем меньше 500 руб. Что касается основных конкурентов, то это противовирусные средства: Арбидол, Реленза, Тамифлю, Ингавирин, Римантадин (Ремантадин, Орвирем), Циклоферон, Амиксин.

В 2011 г. ГК НИАРМЕДИК подписала соглашение о сотрудничестве с РОСНАНО с долей финансирования 1,2 млрд руб. Через два года нанокорпорация выполнила свои обязательства и предоставила калужскому партнеру возможность реализовать следующий этап – создание производства КОЛЛОСТА®.

«Это 58-й по счету реализованный проект РОСНАНО, – подчеркнул председатель правления РОСНАНО Анатолий Чубайс. – Медицинское направление для нас в числе приоритетных. Здесь есть колоссальный задел на будущее, который поможет не только расширить объемы производства, но и подумать об экспорте российских инновационных фармацевтических средств».

Запуск нового предприятия позволит значительно расширить выпуск противовирусного средства КАГОЦЕЛ® и увеличить его продажи на рынках России и стран СНГ. В 2014 г. в России суммарно было продано 21,2 млн упаковок препарата. По состоянию на март 2015 г. КАГОЦЕЛ® занимает 27% рынка противовирусных препаратов РФ, являясь лидером в своем сегменте (данные маркетинговых агентств DSM Group и IMS Health). В I квартале 2015 г. КАГОЦЕЛ® занял первое место по доле продаж в розничном коммерческом секторе российского фармрынка.

Пациенту и государству

Третье важное направление для НИАРМЕДИК ФАРМА – производство резорбируемого коллагенового биоматериала КОЛЛОСТ®. Это также будет производство полного цикла. Его планируется запустить в конце 2015 – начале 2016 г. КОЛЛОСТ® – коллаген I типа, материал, который активизирует процесс регенерации тканей и способствует синтезу собственного коллагена. КОЛЛОСТ® применяется в различных областях медицины: от общей хирургии, урологии, урогинекологии, травматологии и ортопедии, хирургии паренхиматозных органов до стоматологии, отоларингологии, пластической хирургии, нейрохирургии, офтальмологии, косметологии и эстетической медицины.

Кроме того, в перспективе именно на заводе будет производиться новый оригинальный противотуберкулезный препарат, который разрабатывается на основании эксклюзивного лицензионного соглашения со швейцарскими учеными.

«Мы надеемся, что применение этого лекарственного препарата позволит сократить существующие режимы терапии туберкулеза и сделать их дешевле для пациентов и государства», – подчеркивает директор по спецпроектам компании НИАРМЕДИК Роман Болгарин.

Сейчас компания проводит требуемые для российской регистрации процедуры – доклинические и клинические исследования нового препарата.

Таблетка в таблетке

Общий объем выпускаемой заводом продукции на первом этапе составит до 100 млн упаковок лекарственных препаратов в год.

В рамках соглашения с администрацией Боровского района Калужской области и Корпорацией развития Калужской области группе компаний НИАРМЕДИК был предоставлен земельный участок площадью 5 гектаров. Площадь строительства – 22 000 м². Площадь чистых помещений 3000 м²; энергетический корпус – 1161 м²; корпус синтеза субстанций – 2500 м²; производственный – 6938 м², административно-бытовой – 2 766 м², складской комплекс – 4 792 м².

Завод НИАРМЕДИК ФАРМА включает в себя следующие участки: производство таблеток; капсул; пренаполненных шприцов; препаратов во флаконах и саше; синтез фармацевтических субстанций; отдел контроля качества с аналитическими лабораториями; центр R&D, оснащенный для исследований по разработке твердых и инъекционных лекарственных препаратов. Новое производство укомплектовано современным немецким и итальянским оборудованием с расчетом на задачи будущего. Например, участникам церемонии открытия завода показали таблет-пресс от компании KORZCH, который позволяет получать не только стандартную, но и двухслойную таблетку. Это два разных активных вещества с разными вспомогательными компонентами, которые прессуются последовательно в два слоя. Ещё одним ноу-хау на калужской площадке НИАРМЕДИК ФАРМА будет функция «таблетка в таблетке»: создается ядро, которое затем запрессовывается в оболочку.

В русле инноваций

Общий бюджет строительства оценивается в сумму более 4 млрд руб. Выступая на церемонии открытия, министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров отметил, что размещение такого масштабного производства в Обнинске – первом наукограде России – это дополнительный стимул для других предприятий, которые готовы создавать здесь современные инновационные структуры.

На территории нового завода планируется производство не только уже существующих препаратов, но и разработка новых: здесь будет создан Research&Development-центр – современная площадка по освоению и масштабированию технологий синтеза фармацевтических субстанций. Она должна стать научно-производственным комплексом, который сформирует в периметре одного фармацевтического кластера полную цепочку исследований, инжиниринга, доклинических испытаний и производства оригинальных лекарственных средств.

Губернатор области Анатолий Артамонов подчеркнул важность задачи по замещению импортных товаров отечественными: «Номером один в этом списке стоят лекарственные средства. В настоящее время в регионе проводится много исследований в области фармацевтики и около пятидесяти видов лекарственных средств находятся в производстве. И мы будем подобные проекты поддерживать».

С. ПЕТРОВА,
наш собственный корреспондент
в Санкт-Петербурге

КОНВАЛИС®

габапентин



Быть свободным, жить без боли

- достоверное улучшение качества жизни пациентов***
- наличие анксиолитического действия****
- благоприятный профиль безопасности, в том числе у пожилых пациентов*****
- доступная стоимость лечения**

* Габапентин в лечении нейропатической боли. Данилов А. Б. Кафедра нервных болезней ФПО ММА им. И.М.Сеченова. «Клиническая Фармакология и Терапия», 2004, 13 (4)
** Placebo-controlled study of gabapentin treatment of panic disorder. Pande AC, Pollack MH, Crockett J, Greiner M, Chouinard G, Lydiard RB, Taylor CB, Dager SR, Shilovitz T. J Clin Psychopharmacol. 2000 Aug;20(4):467-71.
*** Gabapentin: pharmacology and its use in pain management. Rose MA, Kam PC. Anaesthesia. 2002 May;57(5):451-62

Телефон/Факс: (495) 970-0030/32, www.pharmstd.ru

phs Фармстандарт

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ АСТЕНИЕЙ

Астения наблюдается при многих неврологических заболеваниях. Большинство пациентов с цереброваскулярной патологией, в особенности после острых нарушений мозгового кровообращения, страдают от астении. Постинсультная астения, как правило, осложняет восстановительный период, значительно ухудшает состояние пациентов, трудно поддается коррекции, снижает качество жизни и связана с увеличением смертности.

Лечение постинсультного астенического синдрома представляет определенную проблему: с одной стороны, врачи зачастую упускают из виду как таковое существование постинсультной астении, а с другой нет четких терапевтических алгоритмов.

Цель настоящего исследования – оценить в динамике выраженность астенического синдрома, эмоциональных расстройств и показателей качества жизни у пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения и исследовать возможность использования идебена (нобена) с целью коррекции указанных нарушений. В исследуемую популяцию вошло 35 пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения.

Основными критериями включения пациентов в исследование были: наличие астенического синдрома и клинически или субклинически выраженной тревоги и депрессии. Продолжительность наблюдения за пациентами составила 6 месяцев. Всего было 3 визита, на которых проводилась оценка по Модифицированной шкале утомляемости (MFIS 21), госпитальной шкале тревоги и депрессии и оценка качества жизни по европейскому опроснику качества жизни (EQ5D) и физикальный осмотр с оценкой жизненно важных функций (дыхание, артериальное давление, пульс). На каждом визите проводилась оценка неврологического статуса по Скандинавской шкале инсульта.

На протяжении всего наблюдения пациенты получали базовую терапию по показаниям

и нобен в дозе 90 мг в сутки. На ее фоне отмечено статистическое значимое уменьшение выраженности астении к визиту 2 и к визиту 3. Использование идебена (нобена), обладающего комплексным универсальным действием, который реализует свои эффекты через нормализацию энергетических процессов в клетке, как мощный антиоксидант, имеющий в своей структуре метильную группу, обеспечивает прохождение препарата через гематоэнцефалический барьер.

Отмечено статистически значимое уменьшение выраженности эмоциональных расстройств по госпитальной шкале тревоги и депрессии и улучшение ряда показателей качества жизни. Чем значительнее эмоциональные нарушения, тем сильнее была выраженность астении. Выявление и своевременное лечение астении и эмоциональных расстройств является залогом успешного восстановления пациентов после инсульта, а также может способствовать повышению приверженности лечению и в первую очередь вторичной профилактике инсультов.

Проведенное исследование показывает, что астенический синдром существенно негативно влияет на качество жизни и эмоциональную сферу пациентов, перенесших мозговой инсульт. Использование идебена (нобена) целесообразно у пациентов с постинсультной астенией и эмоциональными расстройствами.

А.Н. БОЙКО,
ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова
А.В. ЛЕБЕДЕВА, И.А. ШУКИН,
ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова,
ГКБ №1 им Н.И. Пирогова
М.А. СОЛДАТОВ,
ГКБ №1 им Н.И. Пирогова
С.В. ПЕТРОВ, А.А. ХОЗОВА,
А.М. ИСМАИЛОВ, Р.К. ШИХКЕРИМОВ,
заведующие неврологическими отделениями с расширенным штатом АМЦ г. Москвы

ДЫХАНИЕ КЛЕТКИ – ЭНЕРГИЯ МОЗГА



НОБЕН®

НОБЕН® - сочетает в 1 капсуле ноотроп+антиоксидант + энерготроп +антидепрессант + психостимулятор

Действующее вещество Идебенон имеет структурное сходство с природным антиоксидантом Q10. Идебенон обладает широким спектром действия:

- ✓ Нормализует клеточное дыхание;
- ✓ Энерготроп - стимулирует синтез АТФ;
- ✓ Повышает скорость сенсомоторных реакций;
- ✓ Улучшает память, позитивно влияет на концентрацию внимания (вырастает продуктивность и точность выполняемых процессов);
- ✓ Оказывает нормализующий эффект на функции мозга;
- ✓ Выявленный противоастенический эффект;
- ✓ Мощный цитопротектор за счет своего антиоксидантного механизма действия.



Производитель:
ЗАО «Биннофарм»,
124460, г. Москва, г. Зеленоград,
4-й Западный п-д, д.3, стр.1.

тел: 8 (495) 510-32-88
www.noben.ru
www.binnopharm.ru

- ВЕГЕТОСТАБИЛИЗИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ
- АКТИВИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ
- АНТИАСТЕНИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ
- АНТИДЕПРЕССИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ
- МНЕМОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ
- НООТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Рег. уд. № ЛСР-005240509. Реклама.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА.



Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
Научный центр неврологии



Уважаемые коллеги!
Федеральное агентство научных организаций
Научный центр неврологии
при поддержке Международной ассоциации организаций
в области неврологии и нейронаук
приглашают Вас принять участие в

III Национальном конгрессе

Неотложные состояния в неврологии

3 - 4 декабря 2015 года

Здание Правительства г. Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36

Подробная информация, правила оформления, срок подачи тезисов и условия участия в работе Конгресса размещены на сайте www.neurology.ru

Технический организатор:
ООО «ДИАЛОГ»
Тел.: 8 (915) 264-65-20
e-mail: tv_press@inbox.ru
www.expodialog.ru

Информационная поддержка:

Анналы
НЕВРОЛОГИИ

ИНТЕРФОРМАМЕДИКА

МЕДИКОПМ



Оргкомитет Конгресса:
Екатерина Молькова
Дарья Тышкевич
Тел.: 8 (499) 740-80-79
e-mail: nko@neurology.ru
www.neurology.ru

Продолжается подписка на 2016 г. через издательство ЗАО «РКИ Северо пресс»

12 месяцев (четыре журнала в год) 1900 руб.
6 месяцев (два журнала в полугодие) 950 руб.
3 месяца (один журнал) 475 руб.

Подписной индекс в каталоге «Пресса России» 29662 на полугодие 11878 на год

www.annaly-nevrologii.ru

Анналы
клинической и экспериментальной
НЕВРОЛОГИИ
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

БЛАНК-ЗАКАЗ на 2016 год
Название организации (или ФИО) _____
Адрес (с почтовым индексом) _____
Телефон: _____ E-mail: _____
Номера журналов: (1, 2, 3, 4) нужное отметить

Отправьте заполненный **бланк-заказ** и **квитанцию**, оплаченную в любом отделении Сбербанка РФ (или их копию) по адресу: 125130, Москва, 4-й Новоподмосковный пер., д. 4, ЗАО «РКИ Северо пресс», тел.: (499) 159-98-47 или по E-mail: soveropress@bk.ru

Извещение	<p>ЗАО «РКИ Северо пресс» КПП: 770401001</p> <p>77040193721 4070281050017000407</p> <p>(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)</p> <p>в ОАО «Банк Москвы» БИК 044525219</p> <p>(наименование банка получателя платежа)</p> <p>Номер кор./сч. банка получателя платежа 3010181050000000219</p> <p>Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии»</p> <p>(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) платежителя)</p> <p>Ф.И.О. плательщика _____</p> <p>Адрес плательщика _____</p> <p>Сумма платежа _____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.</p> <p>Итого _____ руб. _____ коп. « _____ » _____ 20 ____ г.</p> <p>С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.</p> <p>Подпись плательщика _____</p>
	Кассир
Квитанция	<p>ЗАО «РКИ Северо пресс» КПП: 770401001</p> <p>77040193721 4070281050017000407</p> <p>(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)</p> <p>в ОАО «Банк Москвы» БИК 044525219</p> <p>(наименование банка получателя платежа)</p> <p>Номер кор./сч. банка получателя платежа 3010181050000000219</p> <p>Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии»</p> <p>(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) платежителя)</p> <p>Ф.И.О. плательщика _____</p> <p>Адрес плательщика _____</p> <p>Сумма платежа _____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп.</p> <p>Итого _____ руб. _____ коп. « _____ » _____ 20 ____ г.</p> <p>С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.</p> <p>Подпись плательщика _____</p>
	Кассир

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИОТРИАЗОЛИНА У ПАЦИЕНТОК В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА СЕГОДНЯ

Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжают удерживать лидерство в печальной статистике смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Большинство первых многоцентровых контролируемых исследований в кардиологии проводились в мужской популяции с учетом относительно более ранней заболеваемости и смертности. Хотя ИБС у «слабого» пола возникает примерно на 10 лет позже, чем у мужчин, темпы его роста у женщин более высокие. В 50% случаев смерть возможна от первого сердечного приступа, тогда как у мужчин эта цифра достигает 30%. Из тех женщин, кто выжил после первого сердечного приступа, в течение следующего года умирает 38%, тогда как у мужчин – 25%. Каждая вторая пациентка (46%) становится нетрудоспособной вследствие сердечной недостаточности, развившейся после инфаркта миокарда, тогда как у мужчин этот показатель – 22% (Smulyan H., 2013).

В последнее десятилетие появилось большое количество клинических и экспериментальных работ, указывающих на неблагоприятную роль удлиненного интервала QT в долгосрочном прогнозе при ИБС. Интервал QT отражает время общей электрической активности желудочков, включая как деполяризацию, так и реполяризацию. Для унификации получаемых результатов обычно используют значения интервала QT, скорректированные на частоту сердечных сокращений – ЧСС (QTc).

Первые работы, посвященные проблеме удлиненного интервала QT, появились в середине 1980-х гг. и актуальны до сих пор. Как показано в исследовании MERLIN-TIMI36, увеличение QTc более 440 мс у мужчин и более 470 мс у женщин с ОКС без подъема сегмента ST ассоциировалось с двукратным увеличением риска внезапной смерти. При этом увеличение продолжительности QTc на каждые 10 мс увеличивало риск внезапной смерти на 8%.

Этот эффект отмечается у лиц старших возрастных групп, наблюдаются суточные и сезонные (удлинение интервала QT в зимний период) колебания интервала QT. Удлинение скорректированного интервала QT рассматривают, как маркер неблагоприятных исходов у различных категорий людей.

В Роттердамском исследовании показано, что у людей старше 55 лет (2 083 мужчины и 3 158 женщин) удлиненный QTc увеличивал риск неблагоприятных событий независимо от наличия АГ, сахарного диабета, перенесенного инфаркта миокарда. Определенный интерес представляют данные о взаимосвязи удлиненного интервала QTc у пациентов с АГ и гипертрофией ЛЖ (ГЛЖ), т.к. известно, что наличие ГЛЖ (особенно концентрического типа) сочетается с высоким риском внезапной смерти. Целый ряд заболеваний, в частности, хроническая обструктивная болезнь легких, сопровождается увеличением продолжительности QT и повышением риска внезапной смерти. У пациентов с ревматоидным артритом увеличение продолжительности QT на 50 мс удваивало риск общей смерти. Контроль продолжительности QT является обязательным при оценке безопасности действия лекарственных препаратов.

Особый интерес в практике кардиолога представляет изучение возможности применения в комплексной терапии оригинального цитопротектора, антигипоксанта, антиоксиданта с доказанными мембраностабилизирующим и иммуномодулирующим эффектами препарата Тиотриазолин (морфолиний-метил-триазолилацетат).

Целью нашей работы явилось изучение влияния терапии тиотриазолином на процессы ишемии миокарда (депрессию сегмента ST), скорректированный интервал QT, его дисперсию у женщин в амбулаторной практике.

Материалы и методы

В одноцентровое открытое исследование включено 29 женщин (средний возраст – 63,5±5,2 лет) с ишемической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса ЛЖ – 42,3±4,6%). На этот момент у всех пациенток диагностирована ИБС. Инфаркт миокарда в анамнезе – у 17 (58%), артериальная гипертензия – у 19 (66%), средний возраст возникновения – 45,9±4,7 лет. Большинство пациенток находилось в постменопаузальном периоде – 28 (97%), в перименопаузе – 1 (3%). Никто из них заместительную гормональную терапию не получал.

Жалобы на утомляемость и одышку при умеренной физической нагрузке предъявляли 18 (62%) пациенток. 21 (72%) отмечали боли в сердце колющего и сжимающего характера при физической нагрузке. 15 (52%) беспокоили перебои в работе сердца, сердцебиение. У 23 (79%) – жалобы носили церебральный характер. Из сопутствующих заболеваний отмечались: хроническая обструктивная болезнь легких – у 8 (28%), бронхиальная астма – у 6 (21%).

Состояние всех больных расценивалось как удовлетворительное. Индекс Кетле в среднем составил 26,2±4,3 кг/м². Избыточную массу тела констатировали у 11 (38%), ожирение I-II степени – у 13 (45%). Среднее офисное систолическое АД составило 122,5±8,2 мм рт. ст., диастолическое АД – 79,6±5,4 мм рт. ст. Средняя ЧСС составила 79,5±6,1 ударов в минуту. Ранее принимали антигипертензивные препараты все женщины этой группы, регулярное лечение – 28 (97%). Спектр препаратов широк: ингибиторы АПФ (сартаны) – 94%, бета-адреноблокаторы – 67%, антиагреганты – 89%, антагонисты кальция – 39%, статины – 33%, нитраты – 89%, диуретики – 22%.

Тиотриазолин назначался в дозе 200 мг

3 раза в сутки в течение 3 месяцев. Всем пациентам исходно и через 12 недель от начала терапии проводилось холтеровское мониторирование XM DRG Mediarc Holter Win P-V («DRG International, Inc.», США). Анализировали изменения сегмента ST. За эпизод ишемии принимали горизонтальное или косо нисходящее снижение сегмента ST на 1 мм и более, измеренное на расстоянии 80 мсек от точки j, длящееся 1 минуту и больше, отстоящее от других эпизодов также на 1 минуту и более. При этом оценивалось количество, суммарная продолжительность эпизодов ишемии миокарда и величина смещения сегмента ST.

Анализ процессов реполяризации желудочков проводился автоматически. Интервал QT измерялся от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца T в месте его перехода в изоэлектрическую линию. Рассчитывалась скорректированная величина интервала QT путем преобразования с помощью формулы Bazzer: $QTc = QT / \sqrt{RR}$, где QTc – продолжительность скорректированного интервала QT, RR – длительность кардиоцикла. Дисперсия скорректированного интервала QT вычислялась по формуле: $QTcd = QTcmax - QTcmin$, где QTcd – дисперсия скорректированного интервала QT, QTcmax и QTcmin – максимальная и минимальная продолжительность интервала QT, скорректированного с частотой сердечных сокращений.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 6. Характер распределения признаков оценивался по критерию Шапиро-Уилка. Рассчитывали средние величины (M), стандартные отклонения (SD) и доверительный 95%-ный интервал. Достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента для зависимых и независимых выборок, при неравномерности распределения

использовали непараметрический критерий Вилкоксона-Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Антиангинальная эффективность тиотриазолина оценивалась по частоте возникновения приступов стенокардии и потребности в короткодействующих нитратах. До лечения среднее количество приступов стенокардии в неделю было 6,8±1,1. На фоне терапии тиотриазолином произошло их снижение на 56% до 3,0±1,2. Потребность в нитратах короткого действия уменьшилась в 2 раза.

Нами было изучено антиишемическое действие тиотриазолина. Критерием ишемии миокарда при ХМ ЭКГ является депрессия сегмента ST ишемического типа. Результаты исследования показали, что терапия тиотриазолином у женщин с ИБС и дисфункцией ЛЖ достоверно уменьшает количество эпизодов ишемии миокарда, среднюю величину депрессии сегмента ST. Чрезвычайно важным является то, что продолжительность сохраняющихся эпизодов ишемии значимо становится меньше.

Увеличение длительности интервала QT и его дисперсии являются мерой негетогенности процессов реполяризации миокарда, выявляя субстрат возникновения опасных для жизни желудочковых тахикардий. При условии наличия субстрата для возникновения прогностически неблагоприятных нарушений ритма сердца даже единичная желудочковая экстрасистола может служить пусковым фактором. Следовательно, уменьшение длительности интервала QT и его дисперсии способствует стабилизации электрофизиологических свойств миокарда. Результаты исследования показали благоприятное влияние тиотриазолина на процессы реполяризации желудочков. Отмечено достоверное уменьшение QTc дисперсии на 20,5%. Важно, что наиболее отчетливым эффектом был у пациенток с исходной продолжительностью QTc более 440 мс.

Известно, что увеличение продолжительности QTc является четким предиктором смерти и возникновения жизнеугрожающих нарушений ритма сердца при ИБС. Продолжительность ЭКГ интервалов связана с функционированием ионных каналов и молекул переносчиков, с помощью которых ионы натрия, калия и кальция пассивно (по градиентам концентраций) переносятся через плазматическую мембрану в клетку или из клетки во внешнюю среду, а за создание ионных градиентов ответственен активный транспорт, осуществляемый с помощью соответствующих АТФ-аз, использующих энергию гидролиза АТФ. Поддержание динамического равновесия транспортных систем и ионного гомеостаза возможно лишь при нормальном энергетическом обмене, связанном главным образом с митохондриями кардиомиоцитов. При ишемии снижается синтез АТФ и нарушения регуляции энергетического обмена приводят к изменению ионного баланса и мембранного потенциала на саркомере, следствием которого является нарушение ритма. Нами установлена возможность тиотриазолина уменьшать продолжительность интервала QTc и его дисперсии, тем самым снижая высокий риск смерти при ИБС у женщин. Кроме того, позитивные эффекты тиотриазолина могут быть объяснены снижением процессов оксидативного стресса.

Заключение

Таким образом, у женщин с ишемической дисфункцией левого желудочка терапия тиотриазолином оказывает кардиопротективное, антиишемическое действие. Все эти эффекты реализуются в сочетании с высокой антиангинальной эффективностью и хорошей переносимостью. Полученные нами результаты позволяют рассматривать тиотриазолин как перспективное средство в профилактике и лечении хронической сердечной недостаточности у женщин с ишемической дисфункцией левого желудочка.

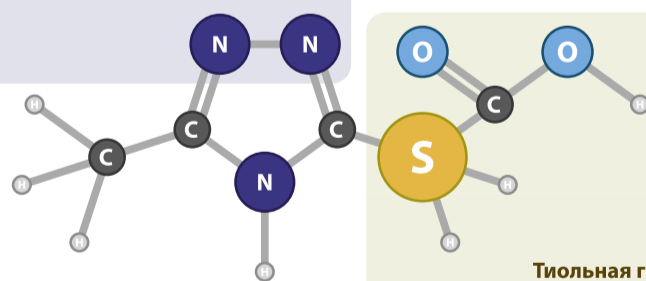
Н.Ю. ХОЗЯИНОВА,

д.м.н., профессор,
кардиолог-консультант академической
клиники неврологии «Сесиль»
на базе НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко

Тиотриазолин®

Оригинальный цитопротектор для защиты клеток от гипоксии и окислительного стресса

Два третичных атома азота обеспечивают антигипоксикантное действие



Свойства* Тиотриазолина®

- Антигипоксикантное (противоишемическое)
- Антиоксидантное
- Мембраностабилизирующее
- Иммуномодулирующее



* Инструкция по медицинскому применению препарата Тиотриазолин®. Информация для медицинских и фармацевтических работников. Полная информация содержится в инструкции для медицинского применения препарата. Тиотриазолин® отпускается по рецепту врача. Регистрационный номер ЛСР-002165/10 от 17.03.2010 (таблетки), ЛСР-002170/10 от 17.03.2010 (ампулы).

Представительство Корпорации «Артериум» в Российской Федерации
109147, г. Москва, ул. Таганская, д. 3, офис 509-510
Тел/факс: 8 (495) 640-20-02, www.arterium.ru

Ближе к людям
ARTERIUM

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: МИССИЯ ТЕРАПЕВТА ВЫПОЛНИМА!

Естественно, у читателей возникает вопрос: венозная недостаточность – ведь это прерогатива сосудистых хирургов?! Альтернативных мнений более чем достаточно, мы же приводим собственные рассуждения. Итак, по материалам 190 аутопсий, проведенных у умерших от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), источником тромбоза в большинстве своем являются тромбы в полостях сердца, на втором месте – парапроstaticкие вены у больных с аденомой предстательной железы и на третьем – глубокие вены ног. А теперь вопросы: кто первым назначает ЭХОКГ? Кто первый должен выявлять симптомы гиперплазии предстательной железы? Кто первый должен во время осмотра увидеть измененные вены на ногах?

Ну, после такой преамбулы все по порядку. Согласно российским клиническим рекомендациям, под хроническими заболеваниями вен понимают спектр морфологических и функциональных изменений венозной системы, сопровождающийся длительными симптомами, требующими обследования и лечения. При этом выделяют три нозологические формы:

- **варикозная болезнь нижних конечностей** – первичная варикозная трансформация поверхностных вен;
- **посттромботическая болезнь** – органическое поражение глубоких вен вследствие перенесенного тромбоза;
- **телеангиоэктазии и ретикулярный варикоз** – расширение внутрикожных вен и мелких подкожных вен (ретикулярные вены).

Первые две формы могут сопровождаться хронической венозной недостаточностью (ХВН) в случае появления клинических симптомов (нарушение венозного оттока, проявляющееся умеренным или выраженным отеком, изменениями кожи и подкожной клетчатки, трофическими язвами). Телеангиоэктазии не сопровождаются клиническими проявлениями и представляют собой только косметический дефект на коже.

Факторами риска ХВН являются: преклонный возраст, повышение индекса массы тела (риск повышается в 1,3–1,5 раза), длительные ортостатические нагрузки, связанные с условиями работы (риск возрастает в 1,3–2,4 раза), наследственность, женский пол, беременность и роды, плоскостопие.

«Под сень Михайловского леса являлся Пушкин в полутьму и трость из чёрного железа служила ступницей ему». В реальной жизни поэт страдал ВВВ, малоподвижный образ жизни и сидение «нога за ногу». На самом известном из памятников он так и изваян в роковой для себя позе «нога за ногу». Знахарки лечили поэта с помощью листьев обыкновенного лесного орешника.

Особенно к ХВН предрасположены женщины, работающие в офисах, стюардессы, продавцы, фармацевты и др.

Среди основных жалоб при ХВН выделяют боли в икроножных мышцах (тупые, ноющие), тяжесть в икроножных мышцах, утомляемость ног и снижение толерантности к статическим нагрузкам, зуд, жжение и ночные судороги. Именно эти симптомы легли в основу классификации В.С. Савельева (1972), который так определил степень тяжести ХВН:

- 0 – нет жалоб;
- I – снижение толерантности к физическим нагрузкам, чувство тяжести и распирания в голених, переходящий отек дистальных отделов нижних конечностей к концу дня, при статических нагрузках;
- II – стойкий отек, трофические нарушения кожи в виде гиперпигментации, липодерматосклероза, венозная экзема;
- III – открытая или закрытая трофическая язва.

По оценке экспертов ВОЗ, самой распространенной в мире патологией сосудов является варикозная болезнь нижних конечностей. После 35 лет она встречается у 26–74,5% мужчин и 32–86% женщин.

Исторически о варикозной болезни упоминается уже в Ветхом Завете. Гиппократ это называл «болезнью, сшибающей с ног», а у древних мумий сохранились следы варикозно расширенных вен с трофической язвой голени.

В основе патогенеза варикозной болезни лежит недостаточность венозных клапанов, сопровождающаяся патологическим венозным рефлексом, ведущим к нарушению макро- и микрогемодинамики и развитию ХВН. Иными словами варикозная болезнь – это совокупность патоло-

гических процессов, происходящих в стенке вен и венозных клапанах, приводящих к нарушению функции мышечно-венозной помпы конечности.

«Расширение вен голени и стопы происходит вследствие обилия спускающейся в них крови. Если возникает расширение вен, то оно чаще бывает у старцев, у ходяков, у носильщиков, у постоянно стоящих перед царями... из-за которых устремляется в ноги материя... Часто материя, находящаяся в расширенных венах, загнивает и ведет к язвам» (Авиценна).

При сборе анамнеза важно установить условия труда и характер физической нагрузки в прошлом и настоящем, выявить все заболевания, предшествовавшие заболеванию вен и установить, не было ли в прошлом каких-либо проявлений или симптомов, свидетельствующих о поражении глубоких вен. Для уточнения характера варикозного расширения вен следует тщательно выяснить начало развития заболевания и его дальнейшее течение, характер и динамику развития расстройств в пораженной конечности и общего состояния организма в целом.

При объективном исследовании очень важно не просмотреть новообразований таза, в особенности у лиц молодого возраста, когда возникновение варикозного расширения вен нижних конечностей бывает труднообъяснимым. В таких случаях следует обязательно проводить вагинальное или ректальное исследование.

Обследование нижних конечностей нужно начинать с тщательного осмотра их, а также нижней части живота и области гениталий. При осмотре следует обращать особое внимание на характер и протяженность варикозного расширения, цвет кожных покровов, область распространения отека (стопа, голень, бедро) и трофические изменения. Обследование необходимо проводить в вертикальном и горизонтальном положении больного, т.к. именно в этом положении более четко контурируются варикозно расширенные вены.

После визуального осмотра переходят к пальпаторному обследованию, ощупыванию кожи, определению ее влажности, плотности и темпера-

туры на разных уровнях нижней конечности. Необходимо сравнительное измерение окружности обеих нижних конечностей в разных местах. Для диагностики относительной клапанной недостаточности обязательно проведение аускультации. Для этого фонендоскоп прикладывают к точке на 1 см медиальнее пульсации бедренной артерии тотчас ниже пауперной связки в положении больного стоя и просят пациента произвести пробу Вальсальвы в классическом виде или просто резко надувая брюшной пресс.

При несостоятельности клапанного аппарата в зоне аускультации появляется ретроградный кровоток по венам и выслушивается короткий мягкий дующий шум. Для того чтобы отличить несостоятельность остиального клапана большой подкожной вены от истинной несостоятельности клапанов бедренной вены, проекцию сафено-бедренного соустья тотчас под фонендоскопом нужно плотно прижать пальцем. Если при повторной пробе шум сохраняется, то имеет место несостоятельность клапанов глубоких вен бедра, если исчезает – несостоятелен лишь остиальный клапан большой подкожной вены.

При осмотре кожи голени нередко выявляются участки бурого цвета (гиперпигментация), наличие язв, трещин, расчесов (экскориаций), неровность ногтей пластинок. Отмечаем характер изменения венозного рисунка (расширения – в виде отдельных узлов, змеевидные, цилиндрические). Чаще всего расширена большая подкожная вена на бедре и голени, однако может быть расширение и по ходу малой подкожной вены по задней поверхности голени.

Нередко можно заметить расширение внутрикожных мелких вен в виде сеточки на стопе и в области голеностопного сустава. При наличии острого воспаления можно выявить участки покраснения кожи по ходу вены. Важно отметить наличие или отсутствие отеков, четкость контуров суставов.

Необходимо продолжить осмотр вен и на передней брюшной стенке. При тромбозе вен таза или нижней полостью вены достаточно длительном

анамнезе в надлобковой области и боковых областях живота можно выявить обильную венозную сеть вновь развившихся коллатералей, что важно для правильной топической диагностики.

При пальпации по ходу измененных вен можно выявить участки уплотнения в виде шнура. При этом определяем наличие или отсутствие болезненности.

Для диагностики варикозной болезни вен используют и функциональные пробы, в т.ч. кашлевую пробу Гаккенбруха. Больного, находящегося в вертикальном положении, просят энергично покашлять. Повышение внутрибрюшного давления в виде толчка передается с нижней полостью и подвздошной вен на бедренную и большую подкожную вены. При недостаточности остиального клапана кашлевой толчок ощущается в проекции большой подкожной вены бедра тотчас ниже ее устья. В ряде случаев кашлевой толчок передается по ходу всего ствола большой подкожной вены, что указывает на несостоятельность всех ее клапанов.

Помимо оценки факторов риска, жалоб и результатов осмотра, всем выполняются ультразвуковые исследования, в т.ч. доплерография (используется как метод скрининга) и дуплексное сканирование (основной для постановки диагноза).

Лечение хронических заболеваний вен включает в себя различные способы компрессии, медикаментозную и склеротерапию, а также хирургические пособия. Применение лекарств направлено на устранение или уменьшение специфических симптомов и синдромов, профилактики и лечение осложнений, потенцирование эффекта компрессионной терапии и других методов лечения, а также уменьшение нежелательных побочных эффектов инвазивных методов лечения ХВН.

В лечении ХВН... исправит режим и избегает всего сгущающего, всяких утомительных движений и долгого стояния. И пусть больной... применяет повязки на ноги, которыми их бинтуют снизу вверх, от стопы до колена. При этом употребляют также вязкие мази, особенно под повязкой, а вещества, которыми смазывают больное место, являются зола каштанов, оливковое масло, а также козий кал и семя редьки. Если же ничего не поможет, то ты разрежешь мясо, обнажешь расширенную вену и разрежешь ее вдоль, остерегайся резать ее попереки или наискось, чтобы она не убежала и не причинила вреда. Когда это сделаешь, выпусти всю находящуюся в вене кровь, причем необходимо, чтобы из нее вытекло все, что может вытечь, а потом очисти ее продольным разрезом. Иногда же вену вытягивают наружу и вырезают совсем, в таком случае ее надо удалить полностью, иначе она принесет вред (Авиценна).

Среди методов физического воздействия разработаны различные комплексы, основанные на соответствующих движениях ног и туловища, а также выбор правильных поз при длительном сидении в самолете, в офисе, у компьютера.

Фармакотерапия занимает одно из ключевых мест в комплексном лечении хронических заболеваний венозной системы нижних конечностей и их осложнений. Лекарственные венотонизирующие препараты воздействуют на два основных патофизиологических механизма – макроциркуляторный и микроциркуляторный. Макроциркуляторные нарушения связаны с ухудшением упруго-эластических свойств венозной стенки и повреждением клапанов, приводящих к известным гемодинамическим последствиям – рефлюксу крови и венозной гипертензии. Разнообразные микроциркуляторные реакции приводят к развитию микроангиопатии.

Наибольшее значение в лечении заболеваний вен имеют препараты, производные флавоноидов. Последние принадлежат к классу полифенольных соединений растительного происхождения и их можно отнести к вторичным продуктам метаболизма растений. Они обеспечивают растениям окраску и участвуют во многих ключевых процессах их роста и развития, а также в защите от различных неблагоприятных факторов окружающей среды, таких как ультрафиолет, температурный стресс, инфекции и др.

В клетках животных и человека флавоноиды не синтезируются, и присутствие флавоноидов в тканях полностью зависит от потребления в пищу растительных продуктов. Несмотря на то, что отсутствие флавоноидов в пище не приводит к заметным клиническим признакам их дефицита

Флебодиа

600 мг Диосмин

Оригинальный французский венотонизирующий препарат с уникальным режимом приема
1 таблетка 1 раз в день

- Обширная доказательная база в лечении ХВН и геморроя (уровни доказательности I-III)¹⁻³
- Высокая приверженность пациентов к лечению³
- Производство во Франции⁴

Краткая информация по применению лекарственного препарата Флебодиа 600
МНН: диосмин (diosmine). Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав на 1 таблетку: действующее вещество: диосмин в пересчете на сухое вещество – 600 мг. Фармакотерапевтическая группа: ангиопротекторное средство. Показания к применению: в составе комплексной терапии: для устранения симптомов лимфовеенозной недостаточности нижних конечностей (ощущение тяжести или усталости в ногах, боль); дополнительное лечение при нарушении микроциркуляции; симптоматическая терапия острого геморроя. Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, период грудного вскармливания, детский возраст до 18 лет, беременность I триместр (опыт применения ограничен). Беременность и грудное вскармливание. До сих пор в клинической практике не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у беременных. Применение в период беременности во II и III триместрах возможно только по назначению врача в тех случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. В экспериментальных исследованиях не было выявлено тератогенного воздействия на плод. Во время грудного вскармливания не рекомендуется прием препарата, т.к. отсутствуют данные о проникновении препарата в грудное молоко. Способ применения и дозы. Перед применением препарата следует проконсультироваться с врачом. Препарат предназначен для приема внутрь. При варикозном расширении вен нижних конечностей и хронической лимфовеенозной недостаточности (отеки, боли, судороги) назначают по 1 таблетке в сутки утром натощак. Продолжительность терапии обычно составляет 2 месяца. При обострении геморроя препарат назначают по 2–3 таблетки в сутки во время еды в течение 7 дней. Побочное действие. В редких случаях повышенная чувствительность к компонентам препарата, требующая перерыва в лечении: со стороны желудочно-кишечного тракта – диспептические расстройства (изжога, тошнота, боли в животе), со стороны центральной нервной системы – головная боль. Условия отпуска из аптек: без рецепта.

* Для получения полной информации, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата Флебодиа 600.
1. J.P. Henriot. Clinical study comparing the efficacy of a single dose of Diovenor 600 mg (600 mg Diosmin hemisynthetic) versus two daily doses of an association of 500 mg of Flavonoids (600 mg of Diosmin). Phlebology, 1995; 48: 285 – 290. 2. C. Garcia. C. German. Evaluation du meilleur horaire de prise unique, matin ou soir, de Diovenor 600 mg dans l'insuffisance veineuse fonctionnelle des membres inferieurs. J Am Med Assoc, 1992. 3. Cazaubon M, et al. Etude comparative d'acceptabilité, d'effi cacite et de tolerance de deux formes galeniques de diosmine 600 mg, dans le traitement des symptomes de la maladie veineuse chronique. Angiologie, 2011, vol. 63.N2. 4. Инструкция по применению Флебодиа 600.

ООО «ИННОТЕХ»
Тел.: +7 (495) 640 04 58. www.innotech.ru

(Окончание. Начало на 16 стр.)

в виде заболевания, как наблюдается при витаминной недостаточности, имеются данные об их благоприятном воздействии на организм и удушении самочувствия при их недостаточном употреблении

Многие исследования показали защитное действие диет, содержащих богатые флавоноидами продукты, препаратов/биодобавок, их содержащих, при различных видах рака, дегенеративных заболеваниях ЦНС, сердечно-сосудистых заболеваниях и др. Хотя результаты таких исследований многими расцениваются неоднозначно, нельзя исключить, что флавоноиды являются эссенциальными веществами для животных и человека.

Говоря о пути введения, несомненными преимуществами обладают таблетированные препараты, которые в отличие от местных форм воздействуют на глубокие слои кожи, а также непосредственно на вены и мышечную ткань.

Следующим и важным моментом в выборе медикаментозной терапии являются точки приложения и режим приема флеботропных препаратов. В этом плане наибольшим преимуществом обладают оригинальные препараты, например, флебодиа.

Флебодиа 600 воздействует на патогенетические механизмы развития хронических заболеваний вен и способствует:

- улучшению венозного оттока за счет повышения тонуса венозных сосудов;
- улучшению лимфатического дренажа за счет активации пролиферации эндотелия лимфатических капилляров и увеличению общей резорбционной площади лимфатической системы;
- улучшению микроциркуляции благодаря неаангиогенезу;
- оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие, подавляет адгезию лейкоцитов и их миграцию в паравазальное пространство.

Механизм действия флебодиа 600 таков. Препарат быстро всасывается после конвертации микрофлорой кишечника в аглицондиосметин, через 2 ч определяется в плазме, период полувыведения составляет 26–48 часов, максимальная концентрация в плазме наступает уже через 5 часов, а накопление в венозных сосудах – через 9 часов, сохраняется до 96 часов.

Учитывая особенности фармакокинетики и фармакодинамики флебодиа 600, а именно: длительный период полувыведения его основных активных метаболитов и их накопление в органах-мишенях до 96 часов, данный препарат можно принимать один раз в сутки.

В обзоре 29 исследований, проведенном С. Coleman et al., 2012, оценивалась приверженность пациентов к приему основных кардиологических препаратов при длительном (хроническом) лечении с использованием различных критериев (определений). Результаты приведенного обзора показали, что по всем показателям однократный прием обеспечивает лучшую приверженность к лечению и, следовательно, позволяет достичь лучших результатов.

Кроме этого, по данным библиотеки Medline (1986–2011), также доказана обратная зависимость между приверженностью к лечению и частотой приема у пациентов с хроническими заболеваниями (при курсе лечения более 1 месяца). Однократный режим приема повышает приверженность к лечению на 26% по сравнению с приемом 2 раза в день и на 39% при трехкратном режиме приема.

Таким образом, применение препарата Флебодиа один раз в сутки предоставляет возможность большей приверженности к лечению, а значит, более высокой эффективности.

По данным Szaubon et al., на фоне приема Флебодиа 600 произошло достоверное уменьшение венозной боли через 28 дней лечения и симптомов венозной недостаточности – через 28 дней лечения.

В заключение следует отметить, что все пациенты с ХВН должны быть направлены на консультацию к сосудистому хирургу. Однако только 30% нуждаются в операции, большинство – в консервативном лечении и наблюдении у врача-терапевта.

А.А. ВЕРТКИН,
проф. кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И. Евдокимова
А.В. НОСОВА,
сотрудник кафедры

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Изучение патогенеза и лечение наиболее распространенных, а также жизнеугрожающих заболеваний является приоритетным в дерматологии. В последние годы развитие постгеномных технологий привело к появлению новых инструментов в изучении эпигенетических механизмов развития многих болезней, в том числе и наиболее распространенных – атопического дерматита (АД). Например, анализа метилирования на микроматрицах.

Совместно с Институтом общей генетики РАН нами проведено сравнительное полногеномное профилирование метилома кожи больных АД и здоровых индивидуумов. С помощью уникального банка биопсий мы идентифицировали 841 дифференциально метилированный ген и выявили сигнальные каскады, играющие ключевую роль в патогенезе АД. В пораженной коже больных АД по сравнению с кожей здоровых индивидуумов выявлено 741 дифференциально метилированных генов; из них 519 (70,04%) показали снижение, а 222 (29,96%) – увеличение уровня метилирования. В пораженной коже больных АД по сравнению с непораженной кожей выявлено 100 дифференциально метилированных генов; из них 76 (76%) показали снижение, а 24 (24%) – увеличение уровня метилирования. Сравнение непораженной кожи больных АД и здоровых индивидуумов не выявило достоверно дифференциально метилированных промоторных областей генов. Анализ наиболее дифференциально метилированных сайтов четко показал разделение результатов на два кластера: «атопическая» кожа и здоровая. Тепловая карта уровней метилирования наиболее дифференцированных сайтов была создана со всеми образцами ADLS, ADNL и Healthy. Наиболее обогащенные дифференциально метилированными при АД генами являются сигнальные каскады воспаления и активации иммунной системы. Анализ обогащений сигнальных каскадов позволил выявить генные сети, обогащенные дифференциально метилированными генами, которые участвуют в манифестации заболевания.

Наши данные демонстрируют, что уровни метилирования дифференциально метилированных CpG сайтов могут быть использованы для классификации различных групп кожи. Полногеномное изучение экспрессии в данных тканях с помощью секвенирования следующего поколения позволило выявить ключевые звенья патологического процесса и новые потенциальные молекулярные мишени. Метилирование ДНК – эффективный и безопасный метод диагностики АД в качестве возможного предиктора прогноза тяжести течения заболевания и ответа на лечение. Проводимые исследования позволяют более рационально применять современные терапевтические подходы с учетом результатов индивидуального эпигенетического контроля.

Еще одна значимая проблема в дерматологии – изучение крапивницы, особенно хронической спонтанной (ХСК), относящейся к 20 самым распространенным кожным болезням. Несмотря на многочисленные исследования в этой области, этиология и патогенез ХСК до конца не изучены, и у многих больных она плохо поддается терапии. Например, антигистаминные препараты 2 поколения являются средствами выбора для лечения заболевания, но эффективны только у около 50% пациентов, что может быть обусловлено различным патогенезом в подгруппах больных. Для прогноза эффективности терапии было предложено измерять уровень биомаркеров – индикаторов биологических состояний и патогенетических процессов. Изучение нами биомаркеров аллергии, аутоиммунитета, коагуляции и системного воспаления при ХСК позволило разработать единую классификацию заболевания, основанную на патогенетических особенностях (эндотипах), и применять ее для прогноза эффективности лечения путем персонифицированного подхода. С помощью дискриминантного анализа выделено 2 эндотипа: 1-й эндотип – IgE-ассоциированный и 2-й эндотип – связанный с воспалением и активацией коагуляции. Измерение уровня общего IgE, СОЭ, С-реактивного белка (СРБ), Д-димера и фибриногена в сыворотке крови перед началом лечения, а также значений тяжести заболевания и качества жизни (опросники UASi CU-Q2oL, соответственно) с вероятностью 79,8% позволяет отнести больного к одному из эндотипов. Крапивница легкой или средней тяжести, незначительное снижение или нормальное качество жизни, а также высокие значения общего IgE и нормальные уровни маркеров коагуляции и воспаления в сыворотке крови указывают на первый эндотип и возможную эффективность антигистаминных препаратов 2 поколения в стандартных суточных дозах. При тяжелом течении заболевания значительно сниженном качестве жизни и высоких уровнях СРБ, СОЭ, Д-димера и фибриногена в сыворотке крови следует начинать лечение с высоких суточных доз антигистаминных препаратов 2 поколения и/или препаратов 3-го выбора (например, циклоспорин, омализумаб), что согласуется с международным согласительным документом.

Таким образом, при выборе лечения хронической спонтанной крапивницы в первую очередь необходимо полагаться на значения СОЭ, Д-димера и опросника CU-Q2oL, обладающих наиболее выраженными дискриминирующими свойствами.

Другая актуальная проблема в дерматологии – лечение нерубцовых алопеций (НА), которые встречаются у 70% людей в активном трудоспособном возрасте. Несмотря на многолетний опыт изучения НА, этиология и патогенез остаются до конца неизученными, а существующие методы лечения не дают стойкого терапевтического эффекта.

В последние годы появляется все больше исследований, посвященных применению метода плазмотерапии при различных видах выпадения волос.

Плазмотерапия (обогащенная тромбоцитами плазма, PRP, аутологичный тромбоцитарный гель, обогащенная факторами роста плазма) представляет собой концентрат тромбоцитов в малом объеме плазмы крови. Эффектив-

ность данной методики обусловлена биологическим действием разнообразных факторов роста, для выделения которых необходима активация тромбоцитов при взаимодействии их с факторами свертывания крови. В свою очередь, высвободившиеся факторы роста связываются с комплементарными трансмембранными рецепторами, экспрессированными на поверхности зрелых стволовых мезенхимальных клеток, фибробластов, остеобластов, клеток эпидермиса и эпителиальных клеток.

Не существует единого общепризнанного протокола проведения данной процедуры, но основным принципом приготовления PRP является 2-х этапное центрифугирование элементов крови для разделения их на фракции в соответствии с их массой. Разработанный нами метод плазмотерапии, отличающийся получением плазмы с высоким содержанием тромбоцитов, основывается на строгом соблюдении таких параметров, как форма и размер пробирки для центрифугирования, скорость и время центрифугирования, использование антикоагулянта. Правильно подобранные параметры обеспечивают высокую терапевтическую эффективность разработанного нами метода.

Все пациенты с нерубцовыми алопециями, участвовавшие в исследовании, в качестве основного метода терапии получали процедуру плазмотерапии с интервалом в 4 недели в течение четырех месяцев.

При применении данного метода у 78% пациентов с гнездовой алопецией удалось добиться остановки выпадения волос, процесса отрастания vellusных волос, а затем полного зарастания очагов алопеции.

У 65% пациентов с андрогенной и у 95% больных с диффузной телогеновой алопецией на фоне терапии было отмечено стойкое снижение интенсивности выпадения волос, последующее зарастание очагов разрежения и достоверное увеличение диаметра стержней волос.

Эффективность метода была оценена с позиции доказательной медицины. Все пациенты до курса лечения и спустя 3 месяца после окончания процедур проходили обследование, включавшее в себя осмотр, сбор анамнеза, проведение трихоскопии (для объективной оценки наиболее важных морфометрических параметров волос – плотность, диаметр волос, процент vellusных волос, анизотрихоз (разброс диаметров волос), фототрихограммы для точного определения соотношения волос в анагеновой и телогеновой стадиях роста волос, а также процент vellusных и терминальных волос в разных фазах, лабораторные показатели крови).

Таким образом, данный метод терапии нерубцовых алопеций является высокоэффективным. Немаловажным моментом при проведении плазмотерапии является минимальное число противопоказаний.

Одним из наиболее тяжелых заболеваний кожи, нередко с летальным исходом, является аутоиммунная пузырчатка (АП), при которой образуются аутоантитела класса IgG или к десмоглеину 1 (Dsg1), или десмоглеину 3 (Dsg3). Системные кортикостероидные гормоны (СГК) до сих пор остаются основными препаратами, купирующими активные проявления АП, однако в практике врача нередко приходится сталкиваться с клиническими случаями, резистентными к системной глюкокортикостероидной терапии. В научной литературе появился термин «стероидрезистентная пузырчатка». В настоящее время отмечается учащение случаев резистентности к терапии СГК у больных АП. Присоединение адывантной терапии не всегда позволяет достичь желаемого клинически положительного эффекта. Это связано с индивидуальными особенностями каждого больного и течением болезни. Речь идет о молекулярно-биохимических механизмах развития резистентности к СГК и персонифицированном назначении адывантной терапии, в частности, оптимальных доз препаратов цитостатического действия (азатиоприна).

Это определяет перспективность, актуальность и практическую значимость изучения молекулярных механизмов стероидной резистентности на рецепторном и пострецепторном молекулярных уровнях и обоснование применения азатиоприна в качестве адывантной терапии.

На основании изучения клинической базы определены две группы больных АП, чувствительных и резистентных к глюкокортикостероидной терапии соответственно. Так, было выявлено, что стероидная резистентность наблюдается практически у половины больных АП, которая проявляется обязательными обострениями уже в первый год от начала лечения СГК и ежегодными обострениями в последующем при отсутствии адывантной терапии. Это позволило нам в дальнейшем провести исследование совместно с кафедрой молекулярной фармакологии и радиобиологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

В результате продемонстрирована рецепторная связь стероидной резистентности, обусловленная снижением мРНК α -изоформы, и увеличением мРНК β -изоформы глюкокортикоидного рецептора, снижением количества мембранных и внутриклеточных рецепторов. Это позволяет предположить, что клиническая резистентность может быть связана как с патологией рецепторов, так и с мутацией гена глюкокортикоидного рецептора или нарушением механизма передачи сигнала на пострецепторном уровне. Изучение последнего проводилось на основании включения меченого в мРНК лимфоцитов больных АП. Результаты исследования продемонстрировали усиление синтеза мРНК в группе стероидрезистентных больных.

Комбинация или наличие даже одного дефекта на молекулярном уровне приводит к торпидному течению заболевания и необходимости коррекции терапии в виде дополнительного назначения препаратов цитостатического действия, в частности, азатиоприна.

Эффективность лечения комбинированной терапии азатиоприном больных АП изучалась путем определения экспрессии гена NF- κ B и фактора некроза опухолей альфа (TNF- α). Впервые нами продемонстрировано статистически значимое угнетение экспрессии гена NF- κ B и снижение внутриклеточного содержания TNF- α у больных АП и увеличение уровней этих показателей после присоединения азатиоприна. Наличие такого стероидсберегающего действия азатиоприна позволяет его эффективно использовать в случаях стероидрезистентной пузырчатки.

Таким образом, на основании лабораторно-инструментальных методов исследования молекулярных механизмов резистентности к гормональной терапии у больных пузырчаткой определены предикторы стероидной резистентности на рецепторном (α - и β -изоформы рецепторов) и пострецепторном (экспрессия гена NF- κ B в лимфоцитах) молекулярных уровнях, позволяющие персонифицированно применять таргетную терапию при этом тяжелом заболевании.

О.Ю. ОЛИСОВА,
проф., зав. кафедрой кожных и венерических болезней
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
Н.Г. КОЧЕРГИН, **Н.П. ТЕПЛОК**, **П.В. КОЛХИР**,
Т.Т. БЕРЕЧИКИДЗЕ, **А.А. ЛЕПЕХОВА**, **Л.Н. КАЮМОВА**,
сотрудники кафедры

ДУЗОФАРМ (НАФТИДРОФУРИЛ) – ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В АНГИОНЕВРОЛОГИИ

Расстройства мозгового кровообращения остаются одной из основных причин летальности и стойкой инвалидизации. Наиболее тяжелой формой сосудистой патологии головного мозга является острый инсульт. Вместе с тем хронические формы цереброваскулярной патологии исключительно распространены в популяции. Распространенным проявлением хронической ишемии головного мозга является нарушение когнитивных функций, прогрессирующее от легких и умеренных нарушений до тяжелой деменции. Развиваясь медленно, исподволь, проявляясь относительно умеренно выраженной субъективной симптоматикой (снижение памяти, внимания, умственной работоспособности), они диагностируются зачастую поздно, когда терапевтические мероприятия могут иметь невысокую эффективность. Своевременное выявление пациентов с такими расстройствами обеспечивает возможность для раннего начала лечения, проведения реабилитационных мероприятий, что, в свою очередь, может замедлить темпы прогрессирования заболевания и отсрочить наступления тяжелой деменции.

Эффективным способом решения проблемы цереброваскулярной патологии является обеспечение мер первичной профилактики, включающей как популяционные стратегии, так и индивидуализированные, выбор которых определяется комплексом факторов риска у каждого конкретного человека. К сожалению, не всегда существует возможность реализовать эти стратегии на практике, что не в последнюю очередь связано с недостаточной санитарной грамотностью населения и неготовностью пациентов в полной мере следовать врачебным рекомендациям. Вследствие этого большое значение приобретают мероприятия вторичной профилактики, проводимые среди лиц с уже имеющимися клиническими проявлениями сосудистого поражения головного мозга.

С целью предупреждения повторных эпизодов острой церебральной ишемии и замедления прогрессирования хронической ишемии головного мозга применяются антиагрегационные и антигипертензивные препараты, нормализация

концентрации глюкозы и холестерина в крови. Одним из направлений терапии расстройств мозгового кровообращения является применение препаратов комплексного действия, обладающих сосудорасширяющим эффектом и улучшающих микроциркуляцию. Восстановление нормальной перфузии головного мозга представляется исключительно важным, т.к. позволяет возобновить достаточное поступление к нему энергетических и пластических субстратов, элиминацию продуктов метаболизма. Использование этих препаратов должно проводиться наряду с коррекцией имеющихся факторов сердечно-сосудистого риска, применением немедикаментозных методов лечения и реабилитации, в частности, включения возможностей когнитивного резерва индивидуума.

Представителем таких препаратов является Дузофарм (нафтидрофурил), относящийся к группе миотропных вазодилататоров; его вазоактивное действие реализуется вследствие антагонизма к серотониновым 5HT₂- и альфа-адренергическим рецепторам. Дузофарм снижает повышенный тонус церебральных артерий и артериол, увеличивая тем самым мозговой кровоток, при этом практически не оказывает влияния на общее периферическое сопротивление, вследствие чего действие препарата на уровень системного артериального давления не является клинически значимым. В исследовании эффективности нафтидрофурила у больных с сосудистой деменцией было показано, что применение препарата на протяжении 6 мес в суточной дозе 400–600 мг привело к замедлению темпов прогрессирования деменции (оценка проводилась по шкалам ADAS-cog, SCAG и др.). Кроме того, отмечалась хорошая переносимость препарата. Нафтидрофурил продемонстрировал способность повышать эффективность функционирования головного мозга и у здоровых пожилых людей (по данным ЭЭГ и функциональной МРТ), причем характерными оказались повышение уровня внимания и активности.

Интерес представляют результаты рандомизированного многоцентрового двойного слепого исследования, проведенного с целью оценки возможности замедления прогрессирования сосуди-

стой или смешанной деменции (препарат назначался по 600 мг в сутки на протяжении 12 мес.). Из 84 больных, принявших участие в исследовании, его закончили 74 (остальные выбыли по разным причинам). Применение нафтидрофурила привело к улучшению показателей по стандартным психометрическим шкалам (MMSE, ADAS-cog), причем отличия носили достоверный характер по сравнению с контрольной группой.

Накопленные сведения об эффективности применения препарата в терапии когнитивных нарушений были проанализированы в систематизированном обзоре, куда вошли результаты 9 исследований (847 пациентов) с различными типами деменции. Гетерогенность дизайна исследований (разные сроки терапии и различный исходный уровень когнитивных нарушений) и различия включенных в них пациентов хотя и затрудняют подведение однозначных выводов, но налицо была несомненная тенденция к улучшению когнитивных и аффективных функций на фоне терапии. Различия результатов в значительной степени определялись отличиями в характере деменции, тяжести когнитивных нарушений, сроках терапии.

Помимо вазоактивного эффекта, Дузофарм обладает и другими свойствами, объясняющимися непосредственным влиянием препарата на метаболические системы клеток. В частности, Дузофарм снижает агрегацию эритроцитов и тромбоцитов, в особенности при ее изначальном повышении, что обеспечивает уменьшение вязкости крови и улучшение микроциркуляции.

Более чем тридцатилетний клинический опыт использования нафтидрофурила позволяет говорить об обоснованности его применения у пациентов с расстройствами мозгового кровообращения. Данные клинических исследований подтверждают эффективность препарата у пациентов с когнитивными нарушениями как сосудистого, так и смешанного генеза. Было показано, что применение нафтидрофурила по 300–600 мг в сутки на протяжении не менее 12 мес привело к улучшению когнитивных функций или замедлению темпов прогрессирования ослабляющего процесса.

В наблюдательной программе, включившей пациентов с когнитивными нарушениями, обусловленными хронической ишемией мозга, приняли участие 138 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет (в среднем – 55,8±9,4 лет). Дузофарм назначался на протяжении 8 недель по 1 табл (50 мг) 3 раза в день (1 группа, n=65) или по 2 табл (100 мг) 3 раза в день (2 группа, n=73). В результате в обеих группах, начиная с 4 недели лечения, имело место улучшение когнитивных функций, подтвержденное нарастанием значений выполнения МОСА теста (рис. 1). В обеих группах достоверные различия по сравнению с исходным уровнем регистрировались, начиная с 4 недели лечения, при этом при достижении достоверного факта эффективности к 8 неделе терапии в обеих исследуемых группах, достоверно более выраженным оказался эффект во 2 группе (p<0,001). Аналогичная закономерность выявилась и при оценке выполнения тестов Батарей лобной дисфункции – у пациентов 1 группы имело место тенденция к улучшению психометрических тестов, тогда как у больных 2 группы уже с 4 недели отмечалось достоверное улучшение (p<0,05), динамика которого на протяжении курса терапии неуклонно нарастала и сохранила достоверный характер к концу наблюдения (p<0,05) (рис. 2).

Наряду с улучшением состояния когнитивных функций уменьшилась выраженность ситуационной депрессии, причем улучшение в большей степени имело место у пациентов 2 группы (p<0,05). Нормализация когнитивных функций и регресс депрессивных нарушений закономерно привели к улучшению показателей качества жизни (шкала SF-36), причём положительная динамика отмечалась в отношении обоих определяющих групп показателей качества жизни: как эмоциональных, так и физических параметров жизнедеятельности. При этом различия как по сравнению с исходным уровнем, так и между группами, свидетельствовали о более выраженной положительной динамике у пациентов 2 группы, получавшей более высокую суточную дозу Дузофарма (p<0,05).

Результаты проведенной наблюдательной программы в очередной раз подтвердили эффективность нафтидрофурила в виде препарата Дузофарм в терапии когнитивного дефицита, о чем свидетельствовало существенное улучшение выполнения психометрических тестов после

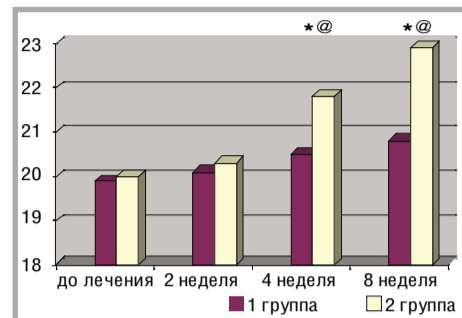


Рис. 1. Результаты выполнения МОСА теста (баллы).

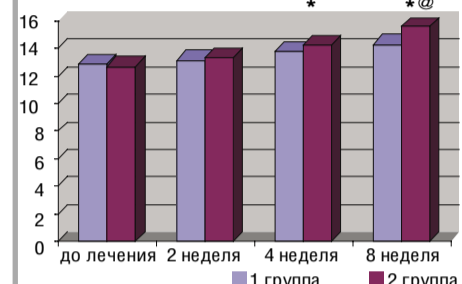


Рис. 2. Результаты выполнения тестов Батарей лобной дисфункции.

Примечания: * – различия достоверны по сравнению с исходным уровнем (p<0,05). @ – различия между группами достоверны (p<0,05)

двухмесячного курса терапии. Кроме того, было продемонстрировано, что дозировка 300 мг в сутки приводит к более выраженным улучшениям по сравнению с применением Дузофарма в суточной дозе 150 мг. Дозозависимый характер клинического эффекта позволяет дифференцировать подход к терапии для пациентов с различной степенью тяжести патологического процесса и индивидуализировать таким образом лечение каждого конкретного пациента.

Несомненный интерес вызывает возможность применения Дузофарма у пациентов с нарушениями слуха и равновесия ишемического генеза, в частности, вследствие расстройств кровообращения в вертебрально-базиллярной системе. Результаты ряда исследований, выполненных независимо друг от друга различными исследовательскими группами, показали, что назначение нафтидрофурила приводит к улучшению слуха и уменьшению выраженности головокружения у таких пациентов.

Дузофарм хорошо всасывается в кишечнике, его поступление в кровь не связано с приемом пищи. Вследствие печеночной рециркуляции, его нахождение в плазме крови поддерживается достаточно долго. Хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер, максимальная концентрация препарата в ткани головного мозга наблюдается через 60 мин, а через 24 часа его содержание в мозге в 3 раза превышает концентрацию в плазме. Метаболизируется плазменными эстеразами и выводится из организма через кишечник и частично почками. Вследствие того, что метаболизм Дузофарма не связан с системой цитохромов, терапия Дузофармом практически исключает вероятность взаимодействия с другими лекарственными препаратами. Может применяться у пациентов с заболеваниями печени и почек. Клинический опыт применения Дузофарма свидетельствует о его хорошей переносимости, минимальном риске лекарственного взаимодействия и, таким образом, обоснованности включения в схему терапии пациента с цереброваскулярной патологией. Во избежание аддитивного гипотензивного действия желателен более частый контроль артериального давления у пациентов, получающих антигипертензивные препараты.

Таким образом, имеющиеся на сегодняшний день данные об эффективности Дузофарма, включая проведенное клиническое наблюдение, его хорошая переносимость и возможность использования в комбинированной терапии, позволяют рассматривать его в качестве эффективного средства для лечения пациентов с расстройствами мозгового кровообращения.

П.Р. КАМЧАТНОВ,
д.м.н., проф. кафедры неврологии,
нейрохирургии и медицинской генетики
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва
Х.Я. УМАРОВА,
д.м.н., проф. кафедры неврологии и психиатрии
ГБОУ ВПО «ЧГУ», Грозный

Дузофарм

нафтидрофурил

Улучшает периферическое и мозговое кровообращение

УСТРАНЯЕТ

- НАРУШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ
- ВАЗОСПАЗМ
- ОТЁК

ВЫЗВАННЫЕ СЕРОТОНИНОМ

ESKOPHARMA
Excellence is in idea

115093, Москва, ул. Павловская, д. 6, 2 этаж
Тел.: +7 (495) 980-95-15
E-mail: info@eskopharma.ru



Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе
XXIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство»,
 который состоится в Москве **11-14 апреля 2016 г.**
 в помещении Московского Центра международной торговли
 (Краснопресненская набережная, д. 12)

Основные научные направления Конгресса:

- Институт главных внештатных специалистов Минздрава России. Представление основных научно-практических направлений и перспектив развития ведущих терапевтических школ
- Обновленные клинические рекомендации научно-практических медицинских обществ России
- Трансляционная медицина: внедрение достижений фундаментальных исследований в клиническую практику
- Принципы этики и деонтологии в медицинском сообществе. Система этических комитетов
- Обсуждение современной модели формирования здорового образа жизни
- Профилактика неинфекционных заболеваний в субъектах Российской Федерации. Современное состояние и пути совершенствования
- Лекарственные взаимодействия в клинической практике
- Уроки медицины, основанной на доказательствах. Надежды и разочарования
- Основные тенденции охраны здоровья матери и ребенка
- Гендерная медицина. Новый подход к лечению заболеваний человека
- Редкие болезни. Организация медицинской помощи, лекарственного обеспечения и социальной поддержки пациентов
- Информационные технологии в системе непрерывного медицинского образования

Программой Конгресса предусмотрено проведение пленарных сессий, актов лекций, профессорских обходов, клинических разборов, лекций для практикующих врачей, научных симпозиумов, круглых столов, образовательных семинаров.

Планируются **Школы для практикующих врачей** по специальностям: внутренние болезни, гастроэнтерология, гинекология, кардиология, клиническая фармакология, иммунология, педиатрия (антибактериальная терапия, гастроэнтерология, догоспитальная помощь, кардиология, скорая и неотложная помощь). По окончании Школы выдается Свидетельство на 4-16 кредитов.

В рамках Конгресса состоятся **Конкурсы научных работ молодых ученых** по специальностям: внутренние болезни, гастроэнтерология, кардиология, клиническая фармакология, провизор, стоматология, а также **Конкурс научных студенческих работ** по теме: «Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека».

Традиционно работу Конгресса будет сопровождать Выставка ведущих отечественных и зарубежных фирм, производящих лекарственные средства и предметы медицинского назначения.

ТЕЗИСЫ для публикации в Сборнике материалов XXIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство» принимаются **до 15 января 2016 г.** включительно.

Подробные правила оформления, а также шаблон для написания тезисов размещены на сайте.

Регистрация на сайте www.chelovekilekarstvo.ru.

Направление заявок на участие в научной программе Конгресса и Выставке осуществляется на сайте www.chelovekilekarstvo.ru с **15 октября 2015 г.**

Контакты: 109029, г. Москва, улица Нижегородская, 32, стр. 5, ком. 210,
 Тел./факс: 8 (499) 584 45 16

info@chelovekilekarstvo.ru (общие вопросы)
trud@chelovekilekarstvo.ru (заявки на участие в Научной программе,
 Школы, Конкурсы, Договоры)
tesis@chelovekilekarstvo.ru (Тезисы)
stend@chelovekilekarstvo.ru (заявки на участие в Выставке)

Вейновские чтения

12-я ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
 ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ
 АКАДЕМИКА А.М.ВЕЙНА

5-6

ФЕВРАЛЯ
 2016г.



Москва, Кутузовский проспект,
 дом 2/1, строение 6

Конгресс-парк гостиницы
 «Редиссон Ройал, Москва»

veinconference.paininfo.ru

Жить - значит чувствовать!



ОКТОЛИПЕН®

тиоктовая кислота

Физиологический антиоксидант
 для патогенетического лечения нейропатии

- Восстанавливает функцию нерва
- Уменьшает симптомы неврологического дефицита

3 формы выпуска:

- капсулы 300 мг №30
- таблетки 600 мг №30
- концентрат для приготовления раствора для инфузий 300 мг/10 мл в ампулах №10

phs Фармстандарт

ОАО «Фармстандарт»
 тел./факс: +7 (495) 970 00 30/32
www.pharmstd.ru

МЫ ЗДЕСЬ, ЧТОБЫ ЛЕЧИТЬ

Академик Владимир Трофимович Ивашкин, директор клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова – занятый человек в высшей степени. Вероятнее всего, таких людей намного больше, но не с таким блестящим КПД. Мы пытаемся говорить о главном, о том, что касается конкретного человека, в данном случае терапевта, и о том, как поднять его на пьедестал профессии.

Какие за последние годы инновационные методы, разработки были внедрены в области гастроэнтерологии?

Разработок очень много. Все, начиная от полости рта до поджелудочной железы и печени. Но дело не в разработках, а в том, что достижения – это одна сторона дела, а реализация их на практике – другая. Между теоретической и экспериментальной медициной, биологией и практической медициной есть значительное расстояние. И когда горячие головы говорят, что сегодня узнали что-то новое про телемеры, концевые участки хромосом, а завтра найдут средство ингибировать телемеразу и смогут продлить жизнь человека до 140 лет – все это смахивает на шарлатанство.

Но что, собственно, происходит на самом деле?

На самом деле нашим слабым звеном является первичная медицинская помощь. Пока мы не создадим хорошую клиническую базу в районных, городских поликлиниках и больницах, говорить о каких-то достижениях нет никаких оснований. Например, в практику внедрены статины, а количество смертей от ишемической болезни не снижается... Необходимы организационные меры, чтобы больного с инфарктом, как только у него начался ангинозный приступ, доставили не более чем за 30 минут туда, где ему смогут сделать ангиопластику. Располагаем мы такими возможностями? Нет!

Для того чтобы врач мог решать как простые, так и сложные задачи, он должен быть подготовлен профессионально. Какого врача можно считать профессионалом, а какого – нет? У нас нет критериев, есть пути официальной оценки, когда врачам присваиваются категории; значит ли это, что врач становится более профессиональным? К сожалению, это не всегда так.

Вы сможете оценить – врач профессионал или нет?

Да, я быстро понимаю, кто рядом со мной. Это как хороший режиссер, который оценивает актера и представляет его место в театре уже в перспективе.

В медицине нет такой возможности. Врачей нужно учить и учить, а заставить его учиться не получается. Сколько специалистов оканчивает медицинские вузы, а сколько из них остается на всю жизнь у постели больного? Очень незначительная часть... Поэтому обучение и самообучение – две сопряженные линии. Кто-то приезжает на семинары и конгрессы, чтобы учиться, а кто-то – чтобы решать свои дела. Ситуация сложная, но тем не менее нужно идти вперед, давать врачам возможность на тех же конгрессах увидеть и услышать все самое новое и передовое в медицине.

Каким вы видите современный портрет интерниста, терапевта?

Если иметь в виду не администратора, а практического врача, то его основа – это верно и своевременно обосновать клинический диагноз. Нужно развивать у врача клиническое мышление. В наши дни этот термин основательно забыт, а ведь пациент должен видеть перед собой и слышать врача авторитетного и образованного, он должен доверять ему. Сегодня на конгрессах нередко выступают лекторы, которые приходят за три минуты до начала заседания, быстро отбарабают то, что им наместили, и уходят, не дожидаясь даже вопросов. Чему они могут научить? Ответ напрашивается один – ничему. Врачи, прошедшие обучение в вузе и уже имеющие опыт работы, быстро понимают, кто перед ними.

Получается какой-то тупик?

Нет. Необходимо культивировать нравственную составляющую профессии. Как это делать? Ежедневно и постоянно. На наших утренних ежедневных конференциях, на которые я никогда не опаздываю, демонстрируются сложные клинические наблюдения. Кроме того, я регулярно провожу у себя клинические разборы, читаю лекции. Педагог, профессор не должен заниматься начетничеством, он должен работать и работать, а молодежь все понимает, видит и подражает. Ведь молодые очень чувствительны к рекомендациям и советам педагогов, которые подаются пример дисциплинированности, умения



надлежащим образом докладывать больного, подробно сообщать о результатах своих ночных дежурств.

Знаете, среди моих учеников я вижу сегодня гениальных, талантливых молодых людей. Вот пример, наш студент завоевал первое место на Конгрессе молодых ученых в Дании. Еще одна студентка заняла первое место на Конгрессе молодых ученых во Франции. Они прекрасные молодые исследователи, свободно владеющие иностранными языками. И я хочу видеть их в своей клинике. Но как их устроить? Что с ними делать? Мест у меня нет... Они сами сейчас будут себе искать работу и, вероятно, найдут, и я, конечно, помогу. Но и у меня возможностей не очень много. Позволю десяты профессора... Разве это способ трудоустройства таких людей?

Как директор клиники, я не могу, например, уволить слабого сотрудника, который подписал контракт на пять лет. Здесь ситуация непростая. Сегодня говорят: мы создадим хорошие условия оплаты и многие не поедут за рубеж, а кто уехал, вернется. Это далеко не так.

Китайцы возвращаются?!

У них, наверняка, подписаны очень жесткие контракты, своеобразные приводные ремни, которые заставляют возвращаться. Считаю, что нам, если идти по этому пути, следует хорошо все продумать. *Вам исполнилось 75! Много это или мало? Как вы оцениваете свой жизненный опыт?*

Мой опыт очень прост. По мере увеличения количества лет количество желаний уменьшается. И остается одно желание – продолжать жизнь, оставаться

в том коллективе, который ты же в значительной степени и создал, помогать ему, чувствовать помощь с его стороны.

Есть еще желание – заглянуть в будущее России. Ничего не пишу по этому поводу, но этот вопрос очень волнует. Или осмыслить прошлое. Когда бываю в Санкт-Петербурге, всегда иду на прогулку и обязательно вокруг Исаакиевского собора, где на его четырех фронтонах четыре надписи из Ветхого и Нового Завета, потрясающие, наполненные глубоким смыслом групповые скульптурные тематические изображения. Над одной из них стоит Иисус Христос и два ангела закрывают его от тех, кто хочет его уничтожить. Это глубоко символично. Если человек отдает себя делу, все делает правильно у него есть ангелы, которые защищают его.

Врач должен иметь определенный культурный базис вне зависимости от его специализации. За ним должна быть прочитанная, продуманная, прочувствованная библиотека. В какой-то степени он должен быть увлечен музыкой, желательна классическая. Врач должен иметь хорошее биологическое образование. Если мы сейчас в присутствии практических врачей начнем дискуссию о телемеразе и продолжительности жизни, многие ничего не поймут, так как у них нет хорошей биологической подготовки.

Необходимо знание иностранных языков, сейчас без свободного английского очень сложно. По «секрету» скажу, что последние 10–15 лет отечественную литературу практически не читаю. На самом деле это плохо. Не читаю не потому, что отношусь к ней свысока, а знаю, что в большинстве случаев это повторы, причем идущие с большим опозданием.

Представьте, как мы работаем. У нас сейчас есть очень сложный больной, совсем молодой человек, к лечению которого подключены и кардиолог, и гепатолог. Наши исследования мы объединим, найдем геномную составляющую болезни. Свою публикацию пошлем в какой-нибудь зарубежный журнал и дадим приписку: нам бы хотелось, чтобы на наши предположения откликнулись сотрудники хорошо оснащенной генетической лаборатории. И завяжем переписку.

Публикации, о которых я говорил, это выход на возможные контакты. И в конечном счете все это для того, чтобы подтвердить свой диагноз, причину заболевания и в результате добиться положительного эффекта в лечении. Вот ради чего мы так живем, работаем и лечим!

Беседу вел В.Б. ТАРАТОРКИН



ИНТЕРФАРММЕДИКА

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Президент
В.Б. Тараторкин
Генеральный директор
Е.М. Акимова
Зам. генерального директора
К.А. Бабаскина

Редакция газеты
«ИНТЕРФАРММЕДИКА»

Главный редактор
М.О. Бочарова
Зам. главного редактора
М.И. Лаптева

Дизайн и верстка
А.А. Виноградова

Редактор
С.М. Сосновская

Спец. корреспонденты
М.О. Ольгина
Ю.Ф. Луныков

Служба маркетинга, PR,
рекламы и распространения
kbabaskina@soveropress.ru

Адрес: Россия, 125130, Москва,
4-й Новоподмосковный пер., д. 4
Тел./факс: +7 (499) 159-98-47,
E-mail: soveropress@bk.ru
www.annaly-nevrologii.ru

©Дизайн ЗАО «РКИ Соверо
пресс»

Газета зарегистрирована
в Федеральной службе по надзору
в сфере связей и массовых комму-
никаций.

Свидетельство
о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-35244

Газета вручается и рассылается бес-
платно каждому участнику выставки,
конгресса, съезда, форума, в медицин-
ские университеты, институты, во-
енные академии, крупные больницы
и лечебные центры.

Тираж 10 000 экз.

Все права защищены. Ни одна
часть этого издания не может быть
занесена в память компьютера либо
воспроизведена любым способом
без предварительного письменного
разрешения издателя.

Рукописи и иллюстрации не воз-
вращаются. Издатель не несет ответ-
ственности за содержание рекламных
материалов. Издатель приветствует
письма читателей, но не вступает в
переписку. Мнение авторов может не
совпадать с точкой зрения редакции.



Более 20 лет
на современном рынке

НЕ ДРОПИСЬ,
БУДЬ
СЧАСТЛИВ.



Телефон: 8(499)159 98 47,
E-mail: soveropress@bk.ru,
www.annaly-nevrologii.ru

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7–11 декабря 2015



ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

25-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

9-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»

ЭКСПОЦЕНТР
МОСКВА

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-
информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru,
expocentr.pf

Организаторы:

- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- ЦВК «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Правительства Москвы
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения в РФ

реклама 12+