



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Март 2005

№ 5

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Нашей стране объявлена война — война взрывов, войны захватов, массовые поражения бывают и в результате пожаров, стихийных бедствий, аварий, землетрясений. Н. И. Пирогов говорил, что война это — травматическая эпидемия. Однако та война, которую вынуждена вести наша страна не эпидемична, а эндемична, она — вспышками. В этом главная особенность современной войны: нет линии фронта, через короткое время место «поля боя» абсолютно безопасно для присутствующих и пришедших туда врачей. Это надо учитывать как важнейшее положение, объясняющее участие медицины в теперешних боевых действиях. С другой стороны, сегодняшнее спасение раненых принципиально отличается от бывшего ранее. Раньше не могло быть и речи о реанимационных мероприятиях на месте ранения, проведении операций, переливании компонентов крови и т. п. Сегодня это возможно. При этом сплошь и рядом спасение пострадавшего определяется не первичной тяжестью ранения, а скоростью оказания помощи.

Взрывы и травмы могут произойти в любой части страны, в любом радиусе от крупных и не крупных городов, в любом месте при полной неподготовленности находящихся там единичных врачей. Сказанное диктует следующее положение: не раненых эвакуировать к специалистам, а врачей привозить к раненым. Тогда те тяжело раненные, которые представляются нетранспортабельными, получив необходимую помощь на месте, будут спасены. Так было при оказании помощи при землетрясении в Армении. Именно там было применено правило: не пострадавшего к врачу, а наоборот. Это касается первых часов оказания помощи, а уже дальнейшие часы, после первичной интенсивной помощи, обеспечивающей стабильность основных функций жизнедеятельности, связаны с возможностью эвакуации для оказания помощи в условиях высокоспециализированных учреждений, если в этом есть необходимость. Все сказанное не носит универсального характера, вряд ли можно проводить на месте нейрохирургические операции или извлекать осколки из глаза, но большинство огнестрельных ранений, вне специально оговариваемых участков тела, требуют немедленной квалифицированной помощи. Новые принципы диктуют доставку на место специалистов, для которых переключение на оказание помощи раненым не представляет ни малейшего труда. Наверное, наиболее подготовлены к такой работе армейские врачи. Но полностью закрыть потребность в помощи их силами не представляется возможным, да и не нужно использовать только военных. Для этого годятся хирурги и врачи гражданских, научно-исследовательских институтов Академии медицинских наук (наиболее квалифицированные институты в стране), кафедр медицинских институтов.

Эти врачи, в содружестве с военными, должны придерживаться единой медицинской доктрины, подобной той, которая была выработана во время Отечественной войны. Многие здесь уже сделано, хотя, в силу безалаберности организации медицинской службы, не является общепринятым и общеизвестным.

Первое — это скорость оказания помощи. По-видимому, надо использовать транспортные средства, существующие в гражданской авиации. Иметь какие-то специальные самолеты для переброски врачей невозможно. На примере Беслана: палаточный госпиталь на аэродроме Беслана должен был быть развернут уже 1-го сентября, в день захвата школы. Не 3-го, когда все взорвалось, и не 4, 5, 6, 7-го, когда мы наверняка потеряли самых тяжелых больных только потому, что не оказалось под руками врачей, владеющих высокими технологиями. Можно только поражаться умелости врачей Владикавказа, который не предназначен, как, впрочем, любой другой областной центр, для оказания помощи сотням раненых одновременно. На примерах прежнего опыта необходимо понять: возможные катастрофы, возможные массовые ранения, возможные массовые отравления надо моделировать. Здесь следует напомнить, что Чернобыль был смоделирован. Заранее было просчитано, сколько пострадавших окажется при повреждении реактора, при выбросе его содержимого в воздух. Мы подсчитали (это было лет за 15 до Чернобыля), получалось около ста человек, оказалось — чуть больше двухсот. Было бы еще меньше, но никто не рас-

считывал на то, что будет гореть крыша реактора. Нельзя было представить, что пожарные, работающие на крыше, будут в башмаках, а не в сапогах и без элементарных бахил. Это просто преступление, потому что через отверстие в брюках проникали вверх радиоактивные газы и сжигали кожу. Поскольку количество пострадавших лишь вдвое превысило расчетное число, никаких препятствий для их госпитализации не существовало и была оказана абсолютно квалифицированная помощь, после абсолютно квалифицированной сортировки пострадавших (для облученных это — глав-

ная аварии в железнодорожном вагоне, его поджоге, его взрыве.

Стандартный вопрос о транспортировке пострадавших в квалифицированные учреждения. Если при большинстве огнестрельных ранений не требуется срочная эвакуация, то с ожогами это не пройдет. Ожоговых отделений на местах не может быть, этих больных надо сегодня срочно транспортировать в специальных условиях.

Одним из средств транспортировки пострадавших является самолет. Не может быть транспортных специализированных самолетов в достаточном количестве для массовых аварий. Ясно, что надо рассчитывать не на тот единственный уникальный летающий госпиталь, который есть в армейских службах. Из Беслана вывозили раненых, которые были на искусственной вентиляции легких в машинах скорой помощи: их загоняли в самолет и там оставляли в полете. Но самолет вмещает четыре машины скорой помощи. Таким образом, самолет, который может перевезти, по крайней мере, несколько десятков больных, забирал четырех человек.

Оказывается, наши специализированные транспортные самолеты не имеют энергопитания для аппаратуры искусственной вентиляции легких. У них напряжение 24 вольт, а не 12, как во всем медицинском транспортируемом оборудовании. Этот недостаток нуждается в быстром исправлении. Наилучшим выходом может быть транспортировка в обычном пассажирском самолете. Надо продумать, как использовать самолет, его грузовой отсек или салон с теми сидениями, которые есть, для установки носилок (все сидения переводятся в горизонтальное положение, накрываются специальным материалом). Рядом с носилками должен работать медицинский персонал.

Важное место принадлежит наземным средствам транспортировки. Существуют специальные машины скорой помощи — реанимобили. В реальных катастрофах их, во-первых, не было, а во-вторых, они, далеко не все оборудованы для проведения необходимых реанимационных мероприятий. Вспомним транспортировку пострадавших с Дубровки: люди задыхались языком из-за неправильной укладки в неприиспособленных автобусах. Не было оказано достаточной помощи (получается — что не медицинской, а транспортной), и поэтому были такие большие потери. Нужно продумать, чтобы каждую машину скорой помощи можно было при необходимости переоборудовать на время для обеспечения искусственной вентиляции легких транспортируемого. Это должно быть в комплекте любой перевозки раненых.

Перевозка с места ранения в госпиталь должна быть осуществлена на носилках принципиально другого образца, чем те, которые мы используем сегодня, которыми

пользовались пятьдесят лет назад — два деревянных стержня, между ними натянут плотный брезент. Эти носилки в перевозку не влезают, значит раненого, чтобы положить в машину,

перекладывают на другие носилки. Привезя в госпиталь, перекладывают на каталку, в операционной еще раз перекладывают на стол. Все эти перемещения делаются, конечно, вручную. Происходит то, что мы видели в Дубровке — за руки и за ноги. Нужна унификация носилок. За рубежом это сделано. Одни и те же носилки один раз подставляют к раненому, а поскольку они все стандартные, то госпиталь забирает привезенного пациента с носилками, обмениваясь ими с машиной скорой помощи. На них везут в операционный зал (у них есть колеса), при необходимости они могут быть использованы как операционный стол. Такие носилки должны грузиться в самолет без перекладывания больных. Эту конструкцию носилок не надо изобретать. И еще вариант — плоский пластиковый легкий щит с прорезами для рук по бокам и спереди: положил раненого на него и перекладывай вместе со щитом.

Вообще многое из того, что мы сейчас обсуждаем, в мире сделано. Хорошо бы тут вписаться в стандарты Евросоюза или НАТО. Лучше всего этот опыт заимствовать в тех странах, где террор является бытом, в частности, в Израиле.

Нужно, чтобы заранее была известна группа участников антитеррористической помощи. Контингент, где выбрать таких специалистов, был назван: это науч-

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Война объявлена



ное), произведенной на месте специалистами Института биофизики МЗ СССР, заранее знавшими, что надо смотреть и как смотреть, как сортировать. Поэтому в катастрофе Чернобыля никаких погрешностей в оказании помощи больным с острой лучевой болезнью не произошло. Может быть, это единственная авария, которая оказалась для врачей ожидаемой и вполне посильной для их работы.

Моделировать аварии, это значит, на бумаге взорвать Большой театр в Москве, на бумаге провести восьми-, десятибалльное землетрясение в Петропавловске-на-Камчатке в зимнюю пургу и т. д. Если мы будем моделировать пожар в гостинице, то не произойдет то, что было на глазах у москвичей и у всего мира, когда из окон гостиницы «Россия» выпрыгивали люди. Потому что гостиничные полы были устланы таким пластиком,

Раньше не могло быть и речи о реанимационных мероприятиях на месте ранения, проведении операций, переливании компонентов крови и т. п. Сегодня это возможно.

который сгорал при температуре в несколько тысяч градусов. От сгоревших пожарных оставался только слиток расплавленной каски, никаких следов даже их костей не было. Что же это за строительный материал, что же это за покрытие?

Когда столкнулись два поезда на разъезде Подсоsenки (1992 г.), недалеко от Ржева, то три пассажирских вагона сгорели. Из оставшихся в живых не погиб ни один человек, несмотря на тяжелые ожоги. Правительственная комиссия приехала немедленно. В несколько часов после аварии все были госпитализированы, наиболее тяжелые были вывезены вертолетом в госпиталь высокой квалификации. Но сгорели люди в вагонах, те, которые не успели выбежать. Самое трудно проходимое место в железнодорожном вагоне, это место у выхода, там все стеснено, с чемоданом трудно пройти, не то, что выбежать толпе. Люди выбрасывались в окна, но ведь окна нужно было еще успеть разбить. Большинство задохнулось от горящего пластика, потому что стены покрыты таким пластиком, который вспыхивая, выделяет ядовитые газы, типа фосгена. Тогда, в заявлении правительственной комиссии это было отмечено и было сказано, что конструктивно вагоны — ошибочны, нужно расширить выход и заменить горючий, ядовитый пластик на иной. Современные технологии все это позволяют сделать, но сделано ли это? Сказанное — предмет моделирова-

(Продолжение на стр. 2)

(Начало на стр. 1)

но-исследовательские институты, это госпиталь им Н. Н. Бурденко, армейские госпитали, кафедры медицинских институтов, может быть просто городские специалисты высокой квалификации. Они все должны быть на учете, и когда случилась беда, их можно вызывать по мобильным телефонам. Это не значит, что они будут дежурить на дому. Но эти специалисты должны знать, что они в какой-то мере мобилизованные. Мы никогда не должны испытывать в них недостатка. Если они отправляются в отпуск, они должны об этом известить своих руководителей, если в дороге — мобильный телефон не должен никогда выключаться. Поскольку этих специалистов будет больше, чем нужно в данный момент, случайная нехватка кого-то ни к каким трагическим последствиям не приведет. Здесь опять надо сослаться на опыт израильской армии. У них огромное количество офицеров работает в качестве гражданских лиц в обычных гражданских учреждениях, но если раздается военный сигнал, то они извещаются и прямо едут на место дислокации своего воинского подразделения. Сказанное, конечно, требует четкого расписания, большого количества продуманных административных и организационных действий.

Среди повреждающих факторов надо оговорить возможность отравления. Сегодня, как массовые повреждения, они отсутствуют, но должны быть приняты во внимание, потому что есть реальная возможность такого рода террористических или стихийных катастроф. По-видимому, в оказании помощи при отравлениях, идеология должна исходить из стен Института им. Склифосовского.

При оказании помощи при землетрясении (тут мы переходим к материальному обеспечению этой работы) должны быть предусмотрены запасы средств перекусывания крупных, толстых пруты стали, домкраты, это

все должно быть сосредоточено в местах возможных землетрясений. Сейсмоопасные зоны очень хорошо известны. Поэтому такие приспособления должны быть на Кавказе, на Сахалине, на Камчатке. Также при землетрясении это касается специальных собак, которые разыскивают пострадавших под завалами, ультразвуковых поисковых аппаратов. Все это надо сосредоточить в сейсмоопасных зонах, ведь использование собак имеет смысл в первые-вторые сутки, потом под завалами живых обычно уже нет (при хорошей погоде 5—7 суток).

Необходимо, не откладывая и не путая с решением других вопросов, приступить к составлению перечня медикаментов, перечня трансфузионных средств в качестве мобильного запаса по округам. Этот запас должен быть неотъемлемой частью жизни госпиталя. Например: в Гематологическом научном центре имеется двести литров свежемороженой плазмы. Это та доза, которая может быть использована в течение первых часов с эффектом для двухсот—трехсот тяжелых пострадавших. Это не мертвый запас, он непрерывно обновляется и расходуется, он представляет собой обязательную часть жизни этого учреждения. Такой же запас существует для эритроцитов, для солевых растворов, для гепарина, антибиотиков. И страна должна знать, что в таком-то институте существует стабильный запас жизненно необходимых средств, которые могут быть брошены на помощь пострадавшим в любое время. После Армении все было посчитано. Если бы в Москве было бы триста-четыреста литров плазмы, то никакие повреждения не

привели бы к тем скандальным, истерическим заявлениям по радио, телевидению, что у нас не хватает крови. Мы должны располагать такими запасами по всем округам, где условия для такого запаса есть. Запас непрерывно работающего реанимационного оборудования, просто находящегося в некотором, заранее оговоренном избытке в специализированных учреждениях, нам необходим.

Два слова о парамедиках. Было бы целесообразно позаимствовать опыт из США по парамедикам. Там скорая помощь в крупных госпиталях реализуется не с помощью автомашин, а с помощью вертолетов. Там пришли к выводу о том, что из всех погибших 80% (речь идет об уличных катастрофах) приходится на не оказание помощи в первый час. Для того, чтобы эта помощь была квалифицированно оказана, в Америке существует специально подготовленный отряд парамедиков, не имеющих медицинского образования, но знакомых со специализированной помощью. Если парамедик выезжает или вылетает по телефонному вызову на автомобильную аварию, то он умеет поставить подключичный катетер, обеспечить переливание большого количества жидкости или плазмы крови, чтобы предотвратить смерть от массивной кровопотери, и он может перевязать кровоточащий сосуд. Парамедиками в Америке являются практически все уличные, пожарные. Это разумный, заслуживающий внимания подход.

Директор ГНЦ РАМН
академик А.И. Воробьев



Врачи ГНЦ РАМН, выезжавшие в Беслан.
Г. Галстян и В. Шавлохов

один круглосуточный сестринский пост и врачебный пост. Ретроспективно даже нам самим сложно себе представить, каким образом это выполнялось исходя из штатного расписания, составленного по отечественным нормам.

Было востребовано множество методов диагностики и интенсивной терапии: от банальной искусственной вентиляции легких до неинвазивной вспомогательной вентиляции и разлужной вентиляции легких одновременно двумя респираторами (см. фото); трансфузионная терапия с постоянным коагулологическим контролем различными методами; антибактериальная терапия с бактериологическим экспресс-контролем; гемодиализация и плазма-

ферез; весь спектр методов нутритивной поддержки. Хирургическая помощь включала торакальную и абдоминальную, гнойную и пластическую хирургию, травматологическую и оториноларингологическую помощь.

Следует отметить, что всем пациентам на месте трагедии в ЦРБ г. Беслана или городской больнице Скорой помощи г. Владикавказа была оказана квалифицированная медицинская помощь, все больные были оперированы. Однако факт оказания помощи нашим пациентам именно в очаге поражения, в условиях большого потока раненых, поступивших практически одновременно, обусловил повышенную напряженность по отношению к их состоянию. Впоследствии это оказалось абсолютно оправданно: все пациенты потребовали углубленной диагностики и повторных оперативных вмешательств уже в ГНЦ. Были выявлены и удалены осколки, в том числе у одной больной из плевральной полости и у другой — из ткани легкого (выполнена лобэктомия). У пострадавшего с огнестрельным ранением грудной клетки потребовалась дополнительная обработка входного пулевого отверстия с некрэктомией.



Пациентка С. — минно-взрывная травма: проникающее ранение брюшной полости с ранением толстой кишки, проникающее ранение плевральной полости, ранение легкого, гемопневмоторакс, РДСВ, острая дыхательная недостаточность.

Наверняка кто-то недоумевал — зачем в гематологию, у них, что неожиданно выявились заболевания крови? Кто-то был возмущен: какое «моральное право» имеет гематологический стационар забирать больных с патологией, не значащейся в его специализации!

Моральное право на таких больных у гематологического центра есть. Во-первых в интенсивной гематологической клинике встречаются практически все критические состояния, имеющие место в других отраслях интенсивной терапии: ДВС-синдром, массивная кровопотеря, тяжелый сепсис, дыхательная недостаточность и др. Причем встречаются подчас в ут-

Благодаря тому, что в Беслане работали наши врачи, практически за сутки до поступления пострадавших мы имели всю необходимую информацию и были готовы к их приему.

Уроки Беслана: мирный взгляд на военные проблемы

Огнестрельные ранения, минно-взрывная травма, теракты с многими жертвами перестали быть чем-то необычным для отечественной медицины. Однако, как правило, с ними сталкиваются военные медики или специалисты скоромощных стационаров. Мы хотели бы представить взгляд на проблему врачей довольно специфичной, сугубо мирной специальности — специалистов Гематологического научного центра. Возможно, высказанные далее мысли могут показаться банальными и общеизвестными, но, к сожалению, как показывает жизнь, важность их подчас забывается в самый неподходящий момент.

В те сентябрьские дни сначала вся страна испытала шок: мы уже успели повидать всякое, с подобными же «нелюдями» столкнулись впервые. Но на переживания жизнь времени не отвела, и вот 7 сентября самолет со специалистами ведущих медицинских учреждений страны летит во Владикавказ. В скором времени пациенты начинают поступать в стационары г. Москвы.

В ГНЦ поступило всего четверо больных, но больных крайне тяжелых. Диагнозы при поступлении говорят сами за себя. Пациентка А. — минно-взрывная травма: проникающее ранения брюшной полости, ранение тощей и сигмовидной кишок, состояние после резекции тощей кишки с наложением анастомоза, двухствольной сигмостомии; оскольчатый перелом ключицы, состояние после резекции участка ключицы; перелом II—III ребер слева, гемопневмоторакс, состояние после дренирования плевральной полости, РДСВ, острая дыхательная недостаточность.

рированном, самом неожиданном виде. Во-вторых, мы не понаслышке знакомы с тяжелейшими общехирургическими, травматологическими, акушерскими больными. Реалии современной жизни преподносили нам и пациентов с тяжелыми огнестрельными ранениями. Одно но: обычно подобный больной был один, реже — два. В сентябре их поступило одновременно четверо. Специалисты понимают, что это значит: половина отделения реанимации была занята крайне тяжелыми

больными, при этом обычной рутинной работы никто не отменял. В этой ситуации спасает только четкая организация работы, что соблюдалось даже не с первых минут поступления больных, а намного раньше. Благодаря тому, что в Беслане работали наши врачи, практически за сутки до поступления пострадавших мы имели всю необходимую информацию и были готовы к их приему. Первые трое больных поступили одновременно, и уже во дворе в машинах скорой помощи каждого из них встречала своя реанимационная бригада, которая и вела пациентов, не отвлекаясь на другую работу все первые, самые напряженные сутки. Постоянно работали все лабораторные, диагностические службы и, конечно, служба крови. Но работали все же хотя и в усиленном, но в дежурном режиме, сохраняя определенные резервы.

Лечение пациентов потребовало напряжения и человеческих и технологических ресурсов. Очень наглядно мы убедились в правильности зарубежных норм: на одного тяжелого реанимационного больного нужен



Ведение тяжелых больных с осложненной политравмой требует внимания специалистов различного профиля. Дабы не упустить из виду что-либо в состоянии наших пациентов, мы не стеснялись обращаться к

(Продолжение на стр. 3)

В те сентябрьские дни сначала вся страна испытала шок: мы уже успели повидать всякое, с подобными же «нелюдями» столкнулись впервые.

посторонней помощи и всегда встречали полное понимание. По первому зову в работу включились профессор В. Л. Кассиль и Б. Р. Гельфанд, специалисты по раневой инфекции, врачи главного военного клинического госпиталя им. Н. Н. Бурденко и др. Нетрадиционной для России была схема поставки необходимых медикаментов и оборудования для раненых. Никто из поставщиков не интересовался предоплатой или сроками оплаты в принципе. Практически все потребности удовлетворялись сегодня же или с извинениями за задержку — на следующий день.

в целом организация помощи в г. Беслане явно была недостаточна

Состояние пациентов находилось под постоянным вниманием всех сотрудников Гематологического научного центра. Утренние конференции под председательством директора центра академика А. И. Воробьева по сути начинались гораздо раньше обычного, и не в конференц-зале, а у постели реанимационных больных. Все возникшие проблемы постоянно обсуждались и анализировались. Такое отношение закономерно обострило ряд научных вопросов и поставило новые, как-то: многократно удлинённый фибринолиз — лабораторный феномен или опасный признак ДВС-синдрома, и где граница опасности; анемия у септических больных — признак декомпенсации или отражение принципиально другого уровня регуляции кроветворения в ответ на тяжёлую инфекцию, где разумный баланс между оперативной и консервативной тактикой у пострадавших с торакальной травмой и др.

Безусловно, многое из историй болезни и лечения пострадавших потребует всестороннего осмысления в спокойной обстановке. Будут написаны серьёзные научные статьи, проведены симпозиумы специалистов, и наверняка еще ни одно заседание медицинской администрации высшего звена коснется данной проблемы.

Несколько важных вопросов на наш взгляд уже сейчас нельзя обойти стороной. Во-первых, в целом организация помощи в г. Беслане явно была недостаточна. Признаком

современная жизнь такова, что никогда не известно заранее, где нас подстерегают природные или рукотворные катаклизмы

этого является то, что для перевода больных в специализированные стационары потребовалось вмешательство комиссии из ведущих академиков и профессоров под председательством Министра здравоохранения М. Ю. Зурабова. Представьте себе приемное отделение крупной больницы,

где для распределения по отделениям после оказания первой помощи пострадавших, скажем в массовой автокатастрофе, потребовалось вмешательство главного врача и вышестоящих организаций. Абсурд! В любом уважающем себя скорпомощном стационаре этот механизм отлажен до автоматизма. Здесь ситуация та же, только в другом масштабе. Больше того, зная примерное «оснащение» террористов, можно было предположить характер травм, максимальное количество пострадавших и, исходя из этого, собрать на месте трагедии профильных специалистов и оборудование, не дожидаясь катастрофы.

Во-вторых, в первые дни в Беслане, да иногда и сейчас звучит вопрос: а так ли нужно в подобной ситуации переводить больных в стационары других регионов, федеральные медицинские центры? Уместна та же аналогия: никому не придет в голову мысль оставлять тяжелых больных после даже суперсовершенного оказания

первой помощи на попечение дежурного персонала в приемном отделении, у них другие задачи. В данном случае первая помощь оказывается в госпиталях МЧС и больницах на месте трагедии, после чего тяжелых больных необходимо перевести в крупные специализированные лечебные учреждения. Логичность этого положения подтверждает и международный опыт.

Главный же урок, который должны извлечь врачи различных специальностей — современная жизнь такова, что никогда не известно заранее, где нас подстерегают природные или рукотворные катаклизмы. В любой момент мирное, в том числе и научно-исследовательское медицинское учреждение, может стать эпицентром человеческой трагедии.

А.Ю. Буланов,
Гематологический научный центр РАМН

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ ОТ 10.03.2004 г., ПОСВЯЩЕННОГО 175-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ТЕРАПЕВТА ГРИГОРИЯ АНТОНОВИЧА ЗАХАРЬИНА.

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

Повестка дня:

1. Член-корр. РАМН В. И. Маколкин (ММА им. И. М. Сеченова).

Слово о Григории Антоновиче Захарьине.

2. Проф. В. И. Подзолков, В. А. Булатов, проф. Ингрид Ос (Кафедра факультетской терапии ММА им. И. М. Сеченова, Университет Осло, Осло, Норвегия).

Гипертония. Миокард. Нефрон. Эволюция взглядов от Ричарда Брайта до наших дней.

Гипертоническая болезнь характеризуется возникновением и прогрессированием поражения органов-мишеней, прежде всего, сердца и почек. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка нередко выявляется уже на начальных стадиях гипертонической болезни. По мере эволюции заболевания возникает систолическая дисфункция, которая в финале может привести к развитию хронической сердечной недостаточности и смерти больного (сердечно-сосудистый континуум).

Функциональные изменения внутрисердечной гемодинамики, нередко выявляемые уже на ранних стадиях гипертонической болезни (повышенное внутрисердечное сосудистое сопротивление, гиперперфузия и гиперфильтрация), сменяются структурными нарушениями. Развивается терминальная хроническая почечная недостаточность. Такая цепь событий может быть названа почечным континуумом.

Примечательно, что структурно-функциональные изменения, возникающие как в сердце, так и в почках у больных гипертонической болезнью, имеют определенные сходства. Для гипертрофии миокарда левого желудочка характерно увеличение размеров кардиомиоцитов, пролиферация и увеличение активности фибробластов, обогащение межклеточного матрикса, а также выраженные изменения крупных и мелких коронарных сосудов. Гипертоническая почка характеризуется коллапсированием отдельных клубочков и компенсаторной гипертрофией интактных клубочков, увеличением содержания межклеточного матрикса (как в клубочках, так и в интерстиции) за счет пролиферации мезангиальных клеток и фибробластов с увеличением их синтетической активности. Основным морфологическим признаком гипертонической нефропатии являются изменения средних и мелких артерий, а также клубочковых артериол.

Значительные сходства можно обнаружить в механизмах, ведущих к поражению сердца и почек при гипертонической болезни. Несомненное значение имеет гемодинамический фактор. Большую роль играют также негемодинамические механизмы: активация симпато-адреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, семейство эндотелинов, оксид азота. Целый ряд фактов свидетельствует в пользу участия генетических факторов, однако, результаты проведенных исследований не позволяют сделать окончательные выводы.

Сердечно-сосудистый и почечный континуумы у больных гипертонической болезнью тесно взаимосвязаны. Так,

маркеры поражения почек (протеинурия, повышенный уровень креатинина, микроальбуминурия) коррелируют с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью. В структуре причин смертности у больных терминальной стадией хронической почечной недостаточности доминируют сердечно-сосудистые осложнения. Более того, показана взаимосвязь между уровнем экскреции альбумина и гипертрофией левого желудочка у пациентов с впервые выявленной не леченой гипертонической болезнью.

Большое внимание в последнее время уделяется вопросам органопротекции. Наиболее выраженными кардио- и нефропротективными свойствами в настоящее время, видимо, обладают препараты, блокирующие и ренин-ангиотензин-альдостероновую системы: ингибиторы АПФ и антагонисты ангиотензиновых рецепторов.

Развитие «гипертонического сердца» и «гипертонической почки» обусловлено одинаковыми гемодинамическими, нейро-гуморальными и, возможно, генетическими механизмами. На ранних этапах эволюции гипертонической болезни можно говорить о параллелизме морфо-функциональных изменений в сердце и почках. Механизмы избирательности поражения органов-мишеней на более поздних стадиях гипертонической болезни требуют дальнейшего изучения.

Вопросы докладчику:

Р. М. Заславская: Какую роль вы отводите большой амплитуде давления при суточном мониторинге у пациентов, которые формально не считаются гипертониками?

Ответ: Если у человека имеется высокая вариабельность артериального давления по данным суточного мониторинга, то такая ситуация однозначно требует лечения. Иначе поведение его гипертонии может привести к сосудистой катастрофе. В такой ситуации мы можем рекомендовать модификацию образа жизни в комплексе с медикаментозной терапией.

Р. М. Заславская: Согласно ли Вы с рекомендациями Европейского общества гипертонии и ВОЗ, что необходимо обязательно добиваться нормализации артериального давления у каждого пациента?

Ответ: Ни в коем случае нельзя резко снижать артериальное давление. Необходимо выбрать такую схему лечения, чтобы плавно снижать цифры артериального давления и адаптировать пациента к такому давлению. Нужно уходить от концепции «рабочего давления».

А. П. Голиков: Признаете ли Вы гипертоническую болезнь как самостоятельное заболевание?

Ответ: Хочу напомнить, что параллельно с Лангом термин «гипертоническая болезнь» предложил Берман в 1922 г. Термин не прижился на Западе, прижился у нас, но с 1962 г. термины «гипертоническая болезнь» и «эссенциальная гипертония» — синонимы.

А. П. Голиков: Какова роль ЦНС в развитии гипертонии?

Ответ: Роль ЦНС в развитии гипертонии давно и хорошо известна отечественным исследователям. На Западе открывают сейчас стресс при ИБС, стресс при гипертонии. Мы мало пропагандируем наши исследования. Влияние психоэмоционального стресса на развитие гипертонии — бесспорный факт, но у людей имеющих наследственно-генетические предпосылки.

Вопрос: Какое место занимают среди гипотензивных препаратов антагонисты имидазолиновых рецепторов? В каких случаях их применяют, в каких дозах?

(Продолжение на стр. 4)

ИнтерНьюс

14—16 декабря 2004 г. состоялась научно-практическая конференция «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинико-экономический анализ». В работе конференции приняло участие более 500 человек, представители 30 регионов России.

В ходе конференции обсуждались вопросы модернизации системы здравоохранения, роль и место Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в системе управления качеством медицинской помощи, основные принципы и механизмы построения системы управления качеством в здравоохранении.

Особое внимание организаторами конференции было уделено вопросам лицензирования в здравоохранении, в частности обсуждалось лицензирование медицинской деятельности.

Отмечено, что создаваемая система лицензирования имеет достаточную нормативно-правовую базу, что позволяет ей эффективно функционировать в условиях реформирования федеральных органов государственной власти.

В свете проводимых реформ системы здравоохранения особую важность приобретают стандарты оказания медицинской помощи, протоколы ведения больных.

Одной из задач разработки и внедрения протоколов является обеспечение возможности расчета необходимых затрат для оказания медицинской помощи.

Обсуждались вопросы концепции и модели, стандарты и нормативные документы создаваемой системы аккредитации в Российском здравоохранении.

Были представлены законопроекты «Об обязательном медицинском страховании», «Об автономных учреждениях», «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях», «О государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи».

Обсуждены вопросы клинико-экономического анализа, проведения и применения результатов клинико-экономического анализа в кардиологии, ревматологии, а также в психиатрии и неврологии.

В ходе заседания, посвященного вопросам лекарственного обеспечения была отмечена недостаточная доказательная база и клинико-экономическая проработка Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи. В связи с этим была отмечена необходимость возобновления деятельности Форумного комитета, как общественного экспертного органа, занимающегося вопросами стандартизации медицинских технологий.

Собственная информация

Национальные Институты Здравоохранения США досрочно прекратили клиническое испытание по профилактике болезни Альцгеймера после выявления повышенного риска сердечно-сосудистых событий в группе напроксена.

Применение напроксена и ингибитора ЦОГ-2 целекоксиба в исследовании ADAPT, охватившем около 2400 пациентов, было прекращено досрочно. Прием препаратов был прекращен с учетом результатов другого клинического испытания, по профилактике колоректального рака. В группе напроксена вероятность развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий оказалась на 50% выше, чем в группе плацебо.

Источник:
Cardiosite.ru

ИнтерНьюс

26 января 2005 года состоялась Коллегия Госстандарта по вопросам планирования разработок национальных стандартов на 2005 год. На коллегии состоялась презентация нового Технического комитета Госстандарта «Медицинские технологии», созданного в декабре 2004 г. В планах работы Технического комитета разработка требований к медицинским услугам, работам, манипуляциям, создание нормативных документов по обеспечению качества выполнения медицинской помощи. Эти работы, как сказал на заседании Коллегии председатель Технического комитета «Медицинские технологии» П. А. Воробьев, являются продолжением усилий по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении, начатых небольшим коллективом специалистов в 1992—93 годах в связи с введением в действие Закона «О медицинском страховании граждан...». В 1997 году на совместном заседании Коллегии Минздрава России, Госстандарта России и Федерального фонда медицинского страхования была оформлена система стандартизации в здравоохранении, разработана ее организационная структура, создана Программа работ по развитию стандартизации. К 2003 г. эта Программа усилиями многих профессионалов была на 80% выполнена, главное — удалось создать системообразующие нормативные документы, включая отраслевые стандарты «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», «Информационный стандарт лекарственного средства» и др. С появлением нового Федерального Закона «О техническом регулировании» система стандартизации в здравоохранении, в срок до 2007 г., должна быть приведена в соответствие с новым законодательством. В ближайшие 2 года предстоит большая работа по пересмотру уже созданных нормативных документов и разработке новых.

Среди 12 общественных организаций, вошедших в состав Технического комитета «Медицинские технологии» есть и Московское городское научное общество терапевтов в лице его Председателя академика А. И. Воробьева.

Собственная информация

В пересмотренных рекомендациях Американской кардиологической ассоциации подчеркивается важность измерения артериального давления в домашних условиях.

По сравнению с предшествующими рекомендациями 1993 г., в новом варианте содержится множество обновлений, сообщают д-р Томас Пикеринг (Медицинский Центр Колумбийского Университета, Нью-Йорк) и его коллеги в online выпуске Hypertension. По их мнению, измерение артериального давления остается одной из самых важных и при этом нередко выполняемых неправильно диагностических процедур. Самая частая ошибка у амбулаторных больных — использование манжетки малого размера. Офисные цифры артериального давления нередко не позволяют судить об истинном уровне давления, поэтому так важна роль домашнего измерения артериального давления и суточного амбулаторного мониторинга — особенно при подозрении на гипертонию «белого халата». «Золотым стандартом» офисного измерения артериального давления считалось измерение с помощью ртутного сфигмоманометра. Однако по данным последних исследований, от 21% до 50% ртутных сфигмоманометров измеряют артериальное давление недостаточно точно. Теперь рекомендуется применение комбинированных устройств, сочетающих в себе признаки электронных и аускультативных приборов. При использовании такого прибора воздух из манжетки выпускается, как обычно, и при выслушивании звуковых феноменов, соответствующих уровню систолического и диастолического артериального давления, нажимается кнопка, фиксирующая точные цифры артериального давления. Комбинированные устройства рекомендуются использовать до тех пор, пока не появятся электронные приборы, не требующие индивидуальной калибровки.

Источник: Hypertension 2004; early online publication.

(Начало на стр. 3)

Ответ: Мы работали с препаратом «цинт». Он хорошо работает у лиц с выраженными психоэмоциональными отклонениями, особенно при климактерических гипертониях.

В заключении А. И. Воробьев внес следующие предложения:

1. установить мемориальную доску Г. А. Захарьину,
2. переиздать избранные труды Г. А. Захарьина;
3. Осенью 2004 г. провести заседание терапевтического общества «Доктор Чехов», посвященное столетию со дня смерти А. П. Чехова. Не следует забывать, что А. П. Чехов создал гениальный медицинский труд, посвященный тюремной медицине, достойный докторской степени — «Сахалин».

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ ОТ 21.04.2004 г.

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

«Гипертонический криз — реальность или миф?»

Заседание открыл А. А. Кириченко. Гипертонический криз — патология, с которой практически врачи сталкиваются ежедневно. Вместе с тем есть много спорных и нерешенных вопросов, касающихся гипертонического криза. В представленных докладах будут отражены результаты собственных наблюдений авторов по наиболее важным вопросам гипертонического криза и они частично восполнят пробел имеющийся по обсуждаемой проблеме.

1. Проф. А. Л. Верткин (РГМСУ)
«Ведение больных с гипертоническим кризом с позиций научно-доказательной медицины»

Артериальной гипертонией страдает около 60% населения во всем мире, у 5—10% из них развивается гипертонический криз. «Досуточная» летальность больных с гипертоническим кризом в Москве высокая и составляет 53% от числа вызовов скорой помощи. В докладе обращено внимание на данные отчета МЗ РФ за 2003 год, свидетельствующие о значительном сокращении больничных коек и медицинских учреждений, занимающихся проблемой сердечно-сосудистых заболеваний. Результаты собственных наблюдений автора показали увеличение числа больных с артериальной гипертонией и количества вызовов скорой помощи: только по гипертоническим кризам 350—400 тысяч в год. Наиболее подробно докладчик остановился на лечении больных с гипертоническими кризами (оказание помощи в первые минуты, часы) до госпитализации в стационар или «передачи» участковому врачу. С позиции научно-доказательной медицины рекомендуется постепенное снижение артериального давления, введение лекарств перорально при не осложненном течении гипертонического криза и при осложненном — внутривенно. Автор настойчиво рекомендовал использовать для лечения гипертонического криза ингибиторы АПФ (эналаприл — внутривенно). Инъекции сульфата магнесии, папаверина, дибазола, лазикса в таких случаях применять не следует, они «не работают» или опасны и должны уходить в прошлое.

Вопросы по докладу А. Л. Верткина
Вопрос: «Есть ли в арсенале лекарственных средств врача скорой помощи — Энап?»

Ответ: «Да, в Москве врачи скорой помощи полностью обеспечены данным препаратом для внутривенного введения».

Вопрос: «Почему не нужно использовать фуросемид у больных с гипертоническим кризом?»

Ответ: «Препарат может вызвать мозговую инсульт». Комментарий оппонента проф. П. А. Воробьева: «Фуросемид не только не нужен, он опасен для больных с гипертоническим кризом, больной может погибнуть от тромбозов».

2. Проф. Н. А. Мазур (РГМУПО)
«Профилактика гипертонического криза»
Обращено внимание слушателей заседания на крайне недостаточное проведение профилактических мероприятий больным с артериальной гипертонией, направленных на предупреждение возможного развития гипертонического криза и сопряженных с ним осложнений. Подробно изло-

жены причины возникновения гипертонического криза: нерегулярный прием лекарственных средств, назначение врачами неоправданно малых доз гипотензивных препаратов, замена препарата по рекомендации аптечного работника, недостаточный контроль за больными с артериальной гипертонией, протекающей на фоне сахарного диабета, ожирения и др. патологии, игнорирование рекомендаций по отрицательному воздействию избытка соли, при необходимости назначение кроме гипотензивных, других медикаментов (НПВП, антидепрессантов и др.) не учитывая их взаимодействия. Перечислив наиболее частые причины развития гипертонического криза и пути их устранения, подробно остановился на медикаментозной терапии артериальной гипертонии. Предпочтение следует отдавать не моно, а комплексной терапии (ингибиторы АПФ, β-блокаторы, диуретики). Целевой уровень артериального давления — 140/80 мм. рт. ст. — это условие для наименьшего риска развития гипертонического криза.

3. В. А. Парфенов (ММА им. И. М. Сеченова)
«Неврологические аспекты гипертонического криза».

Результаты собственных наблюдений, проведенных в неврологическом отделении больницы № 61, свидетельствуют о частых церебральных нарушениях при развитии гипертонического криза. Нередко у больных с артериальной гипертонией в начале появляются неврологические расстройства, а затем резко повышается артериальное давление. Докладчик подробно остановился на дифференциальной диагностике гипертонического криза с другой патологией, проявляющейся неврологическими расстройствами (головные боли напряжения, мигрень, болезнь Меньера и др.), которые также начинаются с головных болей и головокружения. Врач любой специальности, занимающийся лечением больных артериальной гипертонией, должен знать симптоматику неврологических расстройств, которые могут возникнуть при гипертоническом кризе. Отметил, что резко снижать артериальное давление больным с гипертоническим кризом и подозрением на ишемический инсульт нельзя, это большое зло, т. к. увеличивается зона ишемии.

Вопросы по докладу В. А. Парфенова
Вопрос: «Реально ли предупредить инсульт у больного с гипертоническим кризом?»

Ответ: «Да, это реально. Правильно подобранная гипотензивная терапия эффективна в отношении не только первичной профилактики инсульта, но и повторно».

Вопрос: «Головная боль является или не является основным симптомом повышенного артериального давления или гипертонического криза?»

Ответ: «И головная боль и головокружение — это, прежде всего, признак церебральных нарушений и не всегда совпадает с повышенным артериальным давлением. Просмотренный инсульт чаще является врачебной недоработкой».

Заключение председателя
Очередное заседание нашей секции посвящено важной проблеме — артериальной гипертонии и гипертоническим кризам. В докладах отражен широкий аспект, касающийся данной патологии. Даны очень точные и конкретные рекомендации в отношении профилактики и лечения больных с артериальной гипертонией и гипертоническими кризами. Учитывая, что число больных с артериальной гипертонией увеличивается, возрастает количество таких тяжелых сосудистых осложнений, как мозговой инсульт, инфаркт миокарда, нам следует дальше работать над этой проблемой. Только взаимопонимание и взаимодействие между врачами всех специальностей будет способствовать эффективному лечению артериальной гипертонии и предупреждению развития гипертонических кризов и тяжелых осложнений.

В заключение приводим мнения слушателей (88 респондентов, в %) по некоторым вопросам анкеты, розданной до начала заседания:

1. Что из перечисленного наиболее часто провоцирует гипертонический криз?
Неправильно подобранная терапия 61,4%
Неправильное отношение больного к рекомендациям 70,5%
Замена препаратов по рекомендации аптечного сотрудника 15,9%
2. Какой уровень систолического давления Вы считаете правильным:
А. На терапии клофелином или цинтом
150—160 мм рт. ст. 14,8%
120—130 мм рт. ст. 73,9%

(Продолжение на стр. 5)

ИНФОРМАЦИЯ

2 февраля в РИА «Новости» состоялась пресс-конференция посвященная, проблемам монетизации льготного лекарственного обеспечения граждан. В пресс-конференции приняли участие: член Совета Федерации Федерального собрания РФ, председатель подкомитета Совета Федерации по здравоохранению, обороту и использованию лекарственных средств, медицинскому страхованию Шпигель Б. И., представитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Белоножко В. А., председатель совета директоров центра маркетинговых исследований «Фармэксперт» Крестинский Ю. А., президент фармацевтической группы РОСТА Конев О. Ю., заведующий кафедрой гематологии и гериатрии, руководитель отдела стандартизации в здравоохранении ММА им. И. М. Сеченова Воробьев П. А.

Присутствующие рассказали о ходе проводимой реформы. Количество выписанных и отпущенных за январь месяц лекарств в 5—6 раз превысило показатели за аналогичный период прошлого года.

Вместе с тем остаются большие проблемы, связанные с назначением лекарств: многие лекарства малоизвестны поликлиническим врачам, в списке есть популярные, но не эффективные или нежизненно важные лекарства (например, парацетамол, церебролизин), врачи мало знакомы с международными непатентованными названиями лекарств. Большая вероятность, что часть лекарств через руки врачей окажется на черном рынке. Однако реформу надо проводить, учитывая потенциальные и возникающие трудности.

(Начало на стр. 4)

Б. На терапии метилдопой (допегитом)
150—160 мм рт. ст. 12,5%
120—130 мм рт. ст. 75,0%

3. **Какие из перечисленных препаратов могут провоцировать гипертонический криз?**

Прием антидепрессантов (трициклических) 31,8%
Прием симпатолитиков: Рауволфия 17,0%, Метилдопа 11,4%

Прием местных сосудистых средств, применяемых при насморке: Називин 23,9%, Нафтизин 61,4%, Глазолин 60,2%
Прием 1—2 раза в день препаратов: Коринфар 31,8% Клофелин 42,0%, Обзидан 19,3%, Метилдопа 10,2%

Прием препаратов: Изоптен ретард 15,9%, Конкор 9,1%
4. **Какие пищевые продукты могут провоцировать криз?**
Апельсины 3,4%, Бананы 1,1%, Соль 89,8%, Алкоголь 88,6%

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ ОТ 29.04.2004 г. № 2 (3)

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

Заседание открыла М. Г. Глезер. Известно, что больных с сердечной недостаточностью много, диагностируется данная патология до сих пор поздно, что в значительной степени не только ухудшает качество жизни, но и способствует ее укорочению.

1. Проф. Ф. Т. Агеев (НИИ кардиологии им. А. Л. Мясникова РК НИК МЗ РФ).

В докладе освещены вопросы, касающиеся этиологии, клинико-инструментальной диагностики и лечения сердечной недостаточности. Сердечная недостаточность в 80% случаев в той или иной степени сопряжена с артериальной гипертензией. «Золотым стандартом» терапии сердечной недостаточности, да и артериальной гипертензии являются ингибиторы АПФ, они показаны в 100% случаях, кроме больных, которые не переносят эти препараты из-за выраженных побочных эффектов (кашель, отек Квинке и др.). Ингибиторы АПФ хорошо сочетаются и при необходимости назначаются с бета-блокаторами. Показаны при сердечной недостаточности диуретики: не являясь патогенетически обоснованными, они необходимы больным с выраженными застойными явлениями. Особое внимание слушателей в докладе обращено на применение сердечных гликозидов, которые снова вернулись в арсенал лечебных средств при хронической сердечной недостаточности. Они хорошо сочетаются с ингибиторами АПФ, значительно улучшают качество жизни больных, особенно при тахиформе мерцательной аритмии. Показаны больным с сердечной недостаточностью вспомогательные средства (аспирин, нитраты), особенно при сочетании с ИБС. Кроме того, в докладе были приведены результаты собственных двух фармакоэпидемиологических исследований, свидетельствующих о большой разнице в препаратах, которые больным назначаются при обращении в поликлинику (или стационар) и теми, которые они принимают дома. Точного объяснения такого факта нет и всем врачам необходимо обращать на это внимание. Мало назначить нужный препарат больному с хронической сердечной недостаточностью, следует добиваться, чтобы он его принимал.

Вопросы по докладу Ф. Т. Агеева:

Вопрос: Нужны ли антикоагулянты и статины больным с хронической сердечной недостаточностью?

Ответ: Да, обязательно, но, к сожалению, они назначаются в 0,5—1% случаев. Более того, часто больные дома принимают не проверенные статины (генерики).

2. Проф. А. В. Каротеев (РНИЦ РАМН, РКНИК МЗ РФ). «Новый подход к лечению хронической сердечной недостаточности: терапия + хирургия».

В докладе представлены данные хирургического лечения некоторых форм хронической сердечной недостаточности. Наиболее эффективным методом является трансплантация сердца, однако для России этот метод пока не приемлем из-

за проблемы дефицита донорского сердца. В Европе производят 20—25 тысяч трансплантаций в год. В России (с 1985 г.) 2—2,5 тысячи в год. Перспективна операция искусственного желудочка сердца, но ее стоимость 175 тысяч долларов. Это значит, что на данную операцию реально рассчитывать пока нет возможности. Далее автор остановился на других, более доступных видах оперативного лечения сердечной недостаточности. Так, с 2001 года, в НИЦ РАМН выполнено 28 операций по ремоделированию левого желудочка (уменьшение его кривизны). Данная операция повышает функциональный класс у больных с сердечной недостаточностью на одну ступень, удлиняет сроки компенсации, достигнутые при консервативном лечении.

Вопросы по докладу А. В. Каротеева:

Вопрос: Как часто фиксация левого желудочка с помощью специального каркаса вызывает нарушение сердечного ритма?

Ответ: Нет, подобного осложнения не происходит, т. к. каркас очень эластичный.

Вопрос: Сколько стоит операция, которую вы производите в центре?

Ответ: Госпитализация в центр бесплатная, но подчеркиваю, что только госпитализация.

3. Е. П. Панченко «Тромбозы и хроническая сердечная недостаточность».

В докладе обоснована необходимость назначения анти-тромботической терапии больным с хронической сердечной недостаточностью. Длительное пребывание на постельном режиме, прием мочегонных препаратов, мерцательная аритмия и др. — показания для назначения больным с хронической сердечной недостаточностью низкомолекулярных гепаринов. Биологическая доступность у них значительно выше по сравнению с обычным гепарином; они безопасны и их можно использовать длительно с целью предупреждения венозных тромбозов.

Прения

Проф. П. А. Воробьев — как всегда остро и иронично заметил, что тема сегодняшнего заседания: ранняя диагностика и лечение сердечной недостаточности не раскрыта. Трансплантация сердца — это уже слишком поздно. В этой связи рекомендовал повторить заседание на эту тему, т. к. проблема хронической сердечной недостаточности остается и практическим врачам необходимо знать о ранних признаках сердечной недостаточности, включая ее доклиническую стадию, чтобы назначать соответствующее лечение и проводить профилактические мероприятия осложнений, сопряженных с сердечной недостаточностью. Как диагностировать и лечить сердечную недостаточность у больных с постоянным водителем ритма? Кроме того, обратил внимание присутствующих на заседании, что лечение больных с сердечной недостаточностью должно оплачиваться из бюджета государства. Приводим мнение слушателей по некоторым вопросам анкеты:

1. Основным патогномичным признаком сердечной недостаточности является: наличие III тона 17,95%, отеки 28,21%, одышка 48,72%, хрипы в легких 2,56%, тахикардия 2,56%.

2. Основной причиной развития систолической дисфункции является: инфаркт миокарда 58,97%, артериальная гипертензия 41,03%, стабильная стенокардия 0%, нестабильная стенокардия 0%.

3. Основной причиной развития диастолической дисфункции являются: инфаркт миокарда 25,64%, артериальная гипертензия 61,54%, стабильная стенокардия 10,26%, нестабильная стенокардия 2,56%.

4. Наиболее чувствительный метод выявления дисфункции сердца: рентгенография 0%, ЭХО-КГ 94,87%, компьютерная томография 5,13%, ЭКГ 0%

5. Для каких групп препаратов в комбинации с ингибиторами АПФ доказан эффект предотвращения или замедления наступления клинических проявлений сердечной недостаточности: антагонисты кальция пролонгированного действия 7,69%, антагонисты рецепторов ангиотензина II 35,90%, бета-адреноблокаторы 30,77%, диуретики (петлевые, тиазидные) 25,64%.

Заключение председателя

М. Г. Глезер поблагодарила всех докладчиков за прекрасные и полезные сообщения, но согласилась с выступлением П. А. Воробьева о необходимости проведения повторное заседание на тему ранней диагностики и лечения сердечной недостаточности.

ИнтерНьюс

Уже через месяц после прекращения приема нестероидных противовоспалительных средств повышается риск инфаркта миокарда.

Д-р Л. Фишер и его коллеги (Университетская клиника Базеля, Швейцария) в очередном выпуске Archives of Internal Medicine сообщили, что, резкой отмены нестероидных противовоспалительных средств лучше избегать. Лечаям врачам следует еще раз тщательно проанализировать статус пациента и характер лекарственной терапии перед тем, как отменять нестероидные противовоспалительные средства и это особенно важно для лиц с хроническими воспалительными заболеваниями и при длительном приеме нестероидных противовоспалительных средств.

Известно, что системное воспаление ассоциируется с риском инфаркта миокарда, и что неаспириновые нестероидные противовоспалительные средства этот риск снижают, за счет подавления процессов воспаления и агрегации тромбоцитов. Швейцарские ученые проанализировали взятые из British General Practice Database данные о 8688 пациентах с впервые развившимся в 1995—2001 гг. инфарктом миокарда, а также о 33923 лицах из группы контроля, сопоставивших по возрасту, полу, времени посещения клиники и месту наблюдения. Выяснилось, что риск инфаркта миокарда при прекращении приема нестероидных противовоспалительных средств менее чем за 30 дней до сердечно-сосудистого события был на 52% выше, по сравнению с теми, кто нестероидные противовоспалительные средства не принимал, даже после поправки на возможные вмешивающиеся факторы. Максимальен риск инфаркта миокарда был у пациентов с ревматоидным артритом и системной красной волчанкой — относительный риск, 3,68, по сравнению с не принимающими нестероидные противовоспалительные средства участниками; при предшествующем длительном приеме нестероидных противовоспалительных средств относительный риск достигал 2,60. Напротив, продолжающийся или недавний прием нестероидных противовоспалительных средств (по меньшей мере, за 60 дней до сердечно-сосудистого события) не ассоциировался с повышением риска инфаркта миокарда.

Источник:

Arch Intern Med 2004; 164: 2472—6.

Обзор в очередном выпуске Journal of the American Medical Association посвящен распространенности гиперчувствительности к аспирину среди лиц с сердечно-сосудистой патологией.

Д-р Р. Колапуди и его коллеги (Клиника и Исследовательский Институт Scripps, La Jolla, Калифорния) проанализировали опубликованные в 1996—2004 г. результаты контролируемых испытаний с целью выработать диагностически-терапевтический алгоритм для лиц с гиперчувствительностью к аспирину. Оказалось, что почти у 10% общей популяции аспирин обостряет патологию желудочно-кишечного тракта, а у 0,07—0,2% вызывает крапивницу. Наиболее часто гиперчувствительность к аспирину проявляется ринитом и астмой и/или крапивницей (невротическим отеком) за счет перекрестного реагирования нестероидных противовоспалительных средств, ингибирующих ЦОГ-1. Гораздо реже гиперчувствительность к аспирину обусловлена продукцией специфических IgE или анафилаксией.

К счастью, у большинства больных (за исключением лиц с хронической идиопатической крапивницей) возможна успешная десенсибилизация, при постепенном увеличении оральных доз аспирина. Обычная доза аспирина у пациентов с ИБС — 325 мг/сут. При гиперчувствительности целесообразно провести десенсибилизацию, ввиду хорошей клинической и экономической эффективности аспирина как кардиопротектора. Тем не менее, данная проблема требует дальнейшего изучения и проведения новых, рандомизированных клинических испытаний, признают авторы.

Источник:

JAMA 2004; 392: 3017—23.

Как стать членом общества? — Просто приходите на заседание.

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

Став членом общества — пригласи товарища.

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

Григорий Антонович Захарьин, родился 8 февраля 1829 года в Саратовской губернии, в старинной дворянской семье. В шестнадцать лет он становится студентом медицинского факультета Императорского московского университета. По окончании университета Захарьин поступает в ординатуру при факультетской терапевтической клинике. В 1854 году он защищает докторскую диссертацию о послеродовых заболеваниях и отправляется за границу, стажироваться у медицинских светил Европы: Р. Вирхова, А. Труссо, Й. Шкоды и других. Вернувшись в Россию, читает курс диагностики внутренних заболеваний. В 1860 году его избирают профессором родной факультетской терапевтической клиники Московского университета на Девичьем поле, а через два года и ее директором. Возглавлял клинику Григорий Антонович почти 35 лет — до самой своей смерти в 1897 году.

Успех Захарьина в деле лечения больных, по свидетельству современников, был исключителен, он был по истине врачом от Бога.

Григорий Антонович считал себя продолжателем направления Мудрова М. Я., то есть индивидуализированного подхода к больному. Захарьин неоднократно подчеркивал идею о том, что для врачебного дела важен опыт, основанный на внимательном изучении истории заболевания и непосредственном исследовании самого больного. И по сей день, современная медицина, не смотря на все ее достижения, не может обойтись без этого метода. Многие, в том числе и новейшие, достижения клинической медицины явились результатом тонких наблюдений над больными.

Захарьин довел до совершенства так называемый субъективный метод, основанный на сборе анамнестических данных. По выражению известного французского клинициста Юшара, Г. А. Захарьин довел этот метод до высоты искусства. Захарьинский способ расспроса больных явился выдающимся достижением русской науки. Все последующие поколения врачей в нашей стране в той или иной мере продолжают «собирать анамнез» по-Захарьински.

По свидетельствам очевидцев, беседа доктора Захарьина с больным могла продолжаться и час, и два, и дольше. В. И. Маколкин и А. В. Недоступ, писали: «Лечение, назначаемое Захарьиним, было глубоко продуманным и необременительным (как это всегда бывает у выдающихся врачей, он лечил легко). Назначал немалое, но хорошо известные ему средства (по нашему убеждению, врач должен лечить, прежде всего, теми препаратами, которые он хорошо «чувствует», а это исключает безграмотность их списка, что, конечно, не противоречит стремлению использовать новые эффективные лекарства). Порой он вовсе ничего не выписывал, зато давал множество советов по гигиене, питанию, укладу жизни и т. д.»

А профессор Н. А. Митропольский, лично знавший Захарьина, вспоминал такой эпизод. Однажды к Григорию Антоновичу прибыл из Сибири «очень богатый и грубый купец, пустившийся без стеснения рассказывать о своих похождениях, приведших к болезни». Захарьин начал сердиться, наконец, не выдержал: «Ах ты скот, — завопил он, — ты делаешь и делаешь пакости и о них, как ни в чем не бывало, рассказываешь! Тебя бить за это мало! — и схватился за палку. — Если ты так будешь жить, как жил, — кричал он, наступая на опешившего купца, — то тебя должен каждый бить, да ты и помрешь, если не оставишь своих скверных обычаев! Говорить с тобой противно!» Тем не менее, последовал ряд врачебных указаний, и перепуганный пациент поклонился, что исполнил все в точности. Затем вошла великосветская дама, к которой Захарьин, вдруг преобразившись, обратился на прекрасном французском языке. Он почтительно усадил ее в мягкое кресло, крайне любезно и внимательно расспросил и проводил с величайшей предупредительностью, после чего сказал Митропольскому: «Если б я эту даму встретил как давешнего купца, ведь она пошла бы везде и всюду поносить меня за мою неслышанную грубость, — теперь будет славить мою любезность. А этот скот-купец тоже до гробовой доски не забудет своего визита ко мне и точно исполнит, что ему велено. Будь я с ним вежлив, как с дамой, он ничего не стал бы делать и считал бы, кроме того, меня за дурака».

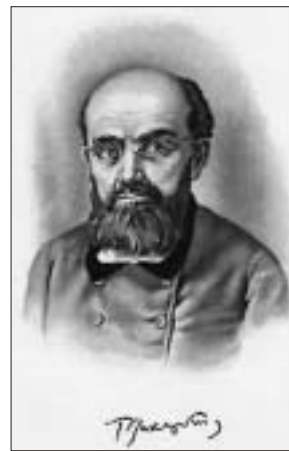
Со своей стороны выдающийся терапевт В. Д. Шервинский в своих воспоминаниях отмечает: «Я с Захарьиним немало встречался на консультациях и могу только одно сказать, что все те чудачества, о которых рассказывали в связи с посещением Захарьина, мне думается, были в значительной мере преувеличены, а иной раз просто выдуманы. Я лично могу сказать, что встречал в профессоре Захарьине серьезного, строгого, но вежливого и корректно держащегося человека. Ни-

каких чудачеств, о которых так много рассказывали в Москве в связи с Захарьиним, повторяю, лично я не знал. Что Григорий Антонович ругался в купеческих домах, так это не диво, так как подчас никакого терпения не доставало, чтобы переносить все те нелепости, которыми была полна домашняя обстановка замоскворецких купцов».

Чтил Григорий Антонович гигиеническое направление в терапии: «Чем зреее практический врач, тем более он понимает могущество гигиены и относительную слабость лечения. Кто не знает, что самые губительные и распространенные болезни, против которых пока бессильна терапия, предотвращаются гигиеной. Самые успехи терапии возможны лишь под условием соблюдения гигиены. Победоносно спорить с недугами масс может лишь гигиена» (актовая речь Захарьина — «Здоровье и воспитание в городе и за городом», 1873). Григорий Антонович бранил богатых куп-

Время все расставляет по своим местам. Ныне никто не отрицает великих заслуг Григория Антоновича Захарьина перед отечественной медициной. Его называют основоположником московской терапевтической школы.

ЛИЧНОСТЬ



ВРЕМЯ ВСЕ РАССТАВЛЯЕТ ПО СВОИМ МЕСТАМ

цов, чьи дети жили в душных маленьких комнатках антресолей, тогда как огромные парадные комнаты дома пустовали. «Первое условие всякого успешного лечения — удовлетворение требованиям гигиены», — говорил он.

Нельзя обойти вниманием и талант Захарьина-лектора. По воспоминаниям профессора И. Ф. Огнева, «лекции Г. А. Захарьина были удивительно талантливы и при том вовсе не блистали красноречием или глубокой продуманностью. В них чувствовалась одаренность лектора, умевшего выдвинуть самое нужное и существенное, указать на значение часто на вид самого малого признака; чувствовался прекрасный терапевт, учивший пользоваться небольшим запасом лекарств, но с полным пониманием того, что делаешь. В лекциях все было оригинально: и короткий, ясный стиль их, и опытность, и полное отсутствие книжной мудрости, и умение приступить к больному просто, с огромным здравым смыслом».

Захарьин внес много нового в курортологию и бальнеологию. Он один из первых в России начал изучать терапевтическое действие минеральных вод во внекурортной обстановке, после чего в Москве появились ныне столь привычные бутылки с минеральной водой, рекомендованной от той или иной хвори. Захарьин утверждал, что со временем в России откроют источники, не уступающие по эффективности зарубежным. И это сбылось. Григорий Антонович неустанно старался развеять миф о необходимости отрывать легочных больных от их привычной среды обитания, отправляя их в горные или южно-приморские районы, всячески пропагандировал введение в широкую практику кумысолечения, исследовал поражения легких и сердца при сифилисе, а также такие болезни, как хлороз, геморрой, образование желчных камней.

Г. А. Захарьина можно смело назвать реформатором медицинского образования. Во многом благодаря его усилиям возникли специальные курсы педиатрии, гинекологии, неврологии и были организованы клиники: детская, пропедевтическая, гинекологическая, кожно-венерологическая, глазная, болезней уха, горла и носа. С его легкой руки А. И. Войтов начал читать курс бактериологии, тем самым положив начало кафедры мик-

робиологии. Вместе с тем Захарьин возражал против чрезмерной специализации обучения: «Что было бы и с преподаванием, и с наукой, если бы существовали лишь специальные клиники, если бы не было такой, которая имела бы главной целью достижение связи всех явлений данного болезненного строя. Такой клиникой была и всегда будет клиника внутренних болезней». Это справедливо и по сей день.

Захарьина не любили как либералы, так и консерваторы. Отказался от почетного звания лейб-медика —

возмущены правые. Согласился лечить императора Александра III — взрыв негодования в лагере левых. Нападки шли непрерывно. Он де реакционер, при свечах сидит,

об электричестве и телефоне знать не желает. Он, видите ли, слишком консервативен в своих научных трудах. Да, лекции Захарьина не были насыщены новейшими сведениями по физиологии, биологии, общей патоло-

гии, но они являлись подлинным кладом глубочайшей клинической мысли. И опять же: свои

«Клинические лекции», изданные за три года до кончины, профессор Захарьин, вызвав негодование либеральной публики, посвятил «Его Императорскому Высочеству Государю Великому Князю Константину Константиновичу Августейшему Президенту Академии Наук».

Но более всего доставалось Захарьину за действительно огромные гонорары, которые он брал с богатых купцов и буржуа, и за его доходные дома. Однако посмотрим, на что тратились захарьинские капиталы. О бесплатном лечении и консультациях в его клинике хорошо известно. Гигантскую по тем временам сумму в 500 тысяч рублей Григорий Антонович пожертвовал на церковноприходские школы (впрочем, ему и это поставили в вину как радетелю «реакционного» министерства народного просвещения). Профессорское жалование Захарьина шло в пользу нуждающихся студентов, за свой счет он отправлял молодых врачей стажироваться за границу, выделял средства на издание журнала, на нужды физико-медицинского общества (предтечу МГНОТ), на приобретение экспонатов для Музея изящных (ныне изобразительных) искусств. Узнав о бедственном положении с водоснабжением в Даниловграде (Черногория), Григорий Антонович посылал туда деньги на строительство водопровода, за что в Черногории его почитали едва ли не святым. Жертвовал он немалые суммы и на оснащение медицинского отряда в помощь сербам, воевавшим с турками.

В 1872 году Захарьин с семьей поселился в селе Куркино недалеко от Москвы и Химок. Позже в его усадьбе была открыта туберкулезная больница. Захарьины поддержали открытие церковно-приходской школы, на их средства была построена каменная ограда. Сейчас — это один из самых модных районов г. Москвы

Между тем нападки на Захарьина продолжались, становясь все злее. Человек не камень. После особенно жестокого оскорбления со стороны собственных же студентов Григорий Антонович решил уйти в отставку и через год скончался от кровоизлияния в мозг. Время все расставляет по своим местам. Ныне никто не отрицает великих заслуг Григория Антоновича Захарьина перед отечественной медициной. Его называют основоположником московской терапевтической школы.

Г. А. Захарьина можно смело назвать реформатором медицинского образования. Во многом благодаря его усилиям возникли специальные курсы педиатрии, гинекологии, неврологии и были организованы клиники: детская, пропедевтическая, гинекологическая, кожно-венерологическая, глазная, болезней уха, горла и носа.

Ему посвящают книги, статьи, очерки, чтения, конференции. В экспозиции Музея истории ММА имени И. М. Сеченова почетное место занимает мраморный бюст Захарьина, выполненный знаменитым скульптором А. С. Голубкиной. Имя Г. А. Захарьина носит больница в Пензе. Рядом с храмом Владимирской иконы Божией Матери в Куркино, воздвигнутым в 1672 году в память спасения Москвы от нашествия крымского хана Махмет-Гирея, находится склеп-часовня, которую по заказу вдовы Г. А. Захарьина Екатерины Петровны построил академик архитектуры Ф. О. Шехтель. В часовне обращает на себя внимание замечательная мозаика распятого Спасителя, выполненная по эскизу В. М. Васнецова. Это и есть место погребения великого врача.

По материалам Коростелева Н. Б. подготовила А. Власова.

В среду 23 марта 2005 года в 17 час. 30 мин. в Анатомическом корпусе ММА им. И.М. Сеченова (Моховая, 11) состоится пленарное заседание общества, **ПОСВЯЩЕННОЕ 130-летию МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ.**

1. Проф. П.А. ВОРОБЬЕВ. К истории Московского городского научного общества терапевтов. 25 мин.

2. Проф. В.Б. ЯКОВЛЕВ, М.В. ЯКОВЛЕВА (ГИУВ МО РФ, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко). Рецидивирующая ТЭЛА: факторы риска, клиничко-инструментальная диагностика, лечение, профилактика. 40 мин.

В среду 23 марта 2005 года в 17 час. на кафедре анатомии состоится заседание Правления и Ревизионной комиссии.

В повестке отчеты о работе за 2 года председателей секций нефрологии и иммунопатологии, гематологии и переливания крови, профилактической медицины и профессиональных болезней, гастроэнтерологии, проктологии и эндоскопии, электрокардиографии и

В докладе представлены результаты исследований взаимосвязи артериальной гипертензии и генетического полиморфизма алкогольоксилирующих ферментов у злоупотребляющих алкоголем лиц в российской популяции, роль дополнительных факторов риска (высокого уровня и северного стиля потребления алкоголя), дифференцированный терапевтический подход, современное состояние проблемы по данным зарубежных авторов.

3. Проф. П.П. ОГУРЦОВ (Российский университет дружбы народов, ГУ Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ). Состояние и перспективы современной алкоголи с позиции терапевтов: итоги 12-го Всемирного конгресса по биомедицинским исследованиям проблем злоупотребления алкоголем (Гейдельберг, Германия, 2004 г.). 25 мин.

Во вторник 15 марта и 12 апреля в 16 час. в клинике лечебного питания Института питания РАМН (Каширское шоссе, 21) состоятся заседания секции лечебного питания.

15 марта. Д.м.н. Х.Х. ШАРАФЕТДИНОВ. Применение энтерального питания при сахарном диабете 2 типа.

12 апреля. К.м.н. О.Н. ГРИГОРЯН. Применение энтерального питания при ожирении.

ПРОГРАММА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МГНОТ

Нам 130 лет?

других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы, ангиологии, кардиологии, истории и теории медицины.

В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.

В среду 13 апреля 2005 года в 17 час. 30 мин. в Анатомическом корпусе ММА им. И.М. Сеченова (Моховая, 11) состоится отчетно-перевыборное пленарное заседание общества.

1. Председатель Правления МГНОТ, академик А.И. ВОРОБЬЕВ. Отчет о работе Правления за 2 года. 15 мин.

2. Проф. В.В. ЦУРКО. Отчет о работе Ревизионной комиссии за 2 года. 7 мин.

3. Выборы нового состава Правления и Ревизионной комиссии. Выборы председателя Правления МГНОТ.

4. Член-корр. РАМН, проф. З.С. БАРКАГАН (Алтайский филиал ГУ ГНЦ РАМН, г. Барнаул). Тромбозы и тромбофилии в клинической практике. 40 мин.

Обобщен опыт работы Алтайского филиала ГУ ГНЦ РАМН. Рассматриваются вопросы гипергомоцистеинемии, проблемы гиперкоагуляционных состояний, современные подходы к диагностике и лечению.

В среду 13 апреля в 17 час. на кафедре анатомии состоится заседание Правления и Ревизионной комиссии.

В среду 27 апреля в 17 час. 30 мин. в Анатомическом корпусе ММА им. И.М. Сеченова (Моховая, 11) состоится пленарное заседание общества.

1. Проф. П.П. ОГУРЦОВ, к.м.н. И.В. ГАРМАШ, к.м.н. Н.В. МАЗУРЧИК, О.С. РУСАКОВА, к.м.н. А.Р. ГУШИН, член-корр. РАМН В.С. МОИСЕЕВ (Российский университет дружбы народов, ЦНИИ эпидемиологии МЗСР РФ). Алкогольная болезнь печени и генетический полиморфизм алкогольметаболизирующих ферментов. 15 мин.

В докладе представлены данные об особенностях аллельного полиморфизма алкогольметаболизирующих ферментов, фармакогенетики алкоголя при аллельных вариантах АДГ2 и АДГ2 и поражений печени у злоупотребляющих алкоголем лиц в московской популяции.

2. Проф. Ж.Д. КОБАЛАВА, проф. П.П. ОГУРЦОВ, Н.С. ОВЧИННИКОВА, к.м.н. И.В. ГАРМАШ, член-корр. РАМН В.С. МОИСЕЕВ (Российский университет дружбы народов, ЦНИИ эпидемиологии МЗСР РФ). Алкогольная гипертензия и факторы риска в российской популяции: уровень и стиль потребления алкоголя, полиморфизм алкогольметаболизирующих ферментов. 15 мин.

В четверг 17 марта и 21 апреля в 15 час. в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж) состоятся заседания секции клинической геронтологии и гериатрии.

17 марта. Э.А. ЩЕРБАНЬ. Оценка эффективности лечения пожилых ИБС моночинкве двумя альтернативными методами терапии.

21 апреля. Проф. Р.М. ЗАСЛАВСКАЯ, Б.А. АЙТМАГАМБЕТОВА. Сравнительная эффективность традиционной и хронотерапии моноаком пожилых больных с болевой и безболевой ишемией миокарда на фоне сахарного диабета 2-го типа.

В четверг 17 марта в 16 час. 30 мин. в аудитории клинической нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11-а) состоится заседание секции нефрологии и иммунопатологии.

1. Проф. В.М. ЕРМОЛЕНКО (Кафедра нефрологии и гемодиализа РМАПО). Нарушения фосфорно-кальциевого обмена у больных на заместительной почечной терапии.

Во вторник 29 марта в 17 час. в большом конференц-зале Гематологического научного центра (Новозыковский проезд, 4-а, главный корпус, 5 этаж) состоится заседание секции гематологии и переливания крови.

Справки по тел. 212-43-32.

Во вторник 29 марта и 26 апреля в 16 час. в конференц-зале Главного (клинико-хирургического) корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Б. Сухаревская пл., 3) состоится заседания секции неотложной терапии.

29 марта. 1. Академик РАМН проф. А.П. ГОЛИКОВ, доц. В.Ю. ПОЛУМИСКОВ. Цитопротекторы – новое направление в терапии ИБС и артериальной гипертензии.

26 апреля. Председатель академик РАМН проф. А.П. ГОЛИКОВ.

1. Проф. С.А. БОЙЦОВ, к.м.н. Р.М. ЛИНЧАК. Внутриклеточная инфекция и артериальная гипертензия.

Во вторник 5 апреля и 10 мая в 16 час. в помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34) состоятся заседания ревматологической секции.

5 апреля. К.м.н. Ю.А. ОЛЮНИН. Новые подходы к определению активности ревматоидного артрита.

10 мая. К.м.н. Т.В. ПОПКОВА, проф. З.С. АЛЕКБЕРОВА. Опыт применения статинов в ревматологии.

ПРАВЛЕНИЕ

Интервью

По данным американских ученых холостяцкая жизнь опаснее паралича, диабета, рака, радиации и т.д. вместе взятых.

Врачи оценивали состояние здоровья в двух группах мужчин (холостяки и женатые) в возрасте от 18 до 45 лет. Выяснилось, что чем продолжительнее период холостяцкой жизни, тем отрицательнее это сказывается на психическом здоровье.

Раздражительность, замкнутость, чувство неуверенности в своих силах к 45 годам у холостяков зарегистрирована в 93% случаев, а у женатых — у 14%. У холостяков в четыре раза чаще диагностируются половые расстройства. У 50% холостяков уменьшено количество или подвижность сперматозоидов. А ведь состояние половой сферы для большинства мужчин является одним из основных составляющих их общего здоровья.

При определении причин, вызывающих серьезные нарушения сердечной деятельности, медики обычно ограничиваются ссылками на ожирение, неправильную диету, курение, детренированность мышц, высокий уровень холестерина в крови. Однако недавно обнаружены более сложные причины, приводящие к ранее указанным нарушениям и влияющим на состояние сердца.

Таковыми причинами являются трудности, возникающие в области личных и интимных человеческих отношений, особенно резкое прекращение таких отношений (разрыв, развод). Одиночество сказывается на человеческом сердце не менее негативно, чем малоподвижный образ жизни или неумеренное потребление животных жиров. Это в первую очередь относится к женщинам, именно они переживают одиночество наиболее остро. Замужние женщины в три раза реже получают инфаркт, чем одинокие, а у вдов риск инфаркта возрастает на 30–40%.

Фактор развода, среди житейских перипетий, приводящих к инфарктам, стоит на втором месте после смерти супруга. Следует отметить, что наибольшую продолжительность жизни имеют те, кто, вступив в брак, прожил в нем всю жизнь. «Мужчины, не разводитесь. Это опасно для вашего здоровья», — так советуют швейцарские медики, установившие, что разведенные мужчины намного больше подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям, даже больше чем одинокие женщины. У разведенных представителей «сильного пола» чаще наблюдаются нарушения психики, попытки самоубийства. Да и в больницах одинокие попадают в 8 раз чаще, чем женатые.

Источник: Сателлит Групп

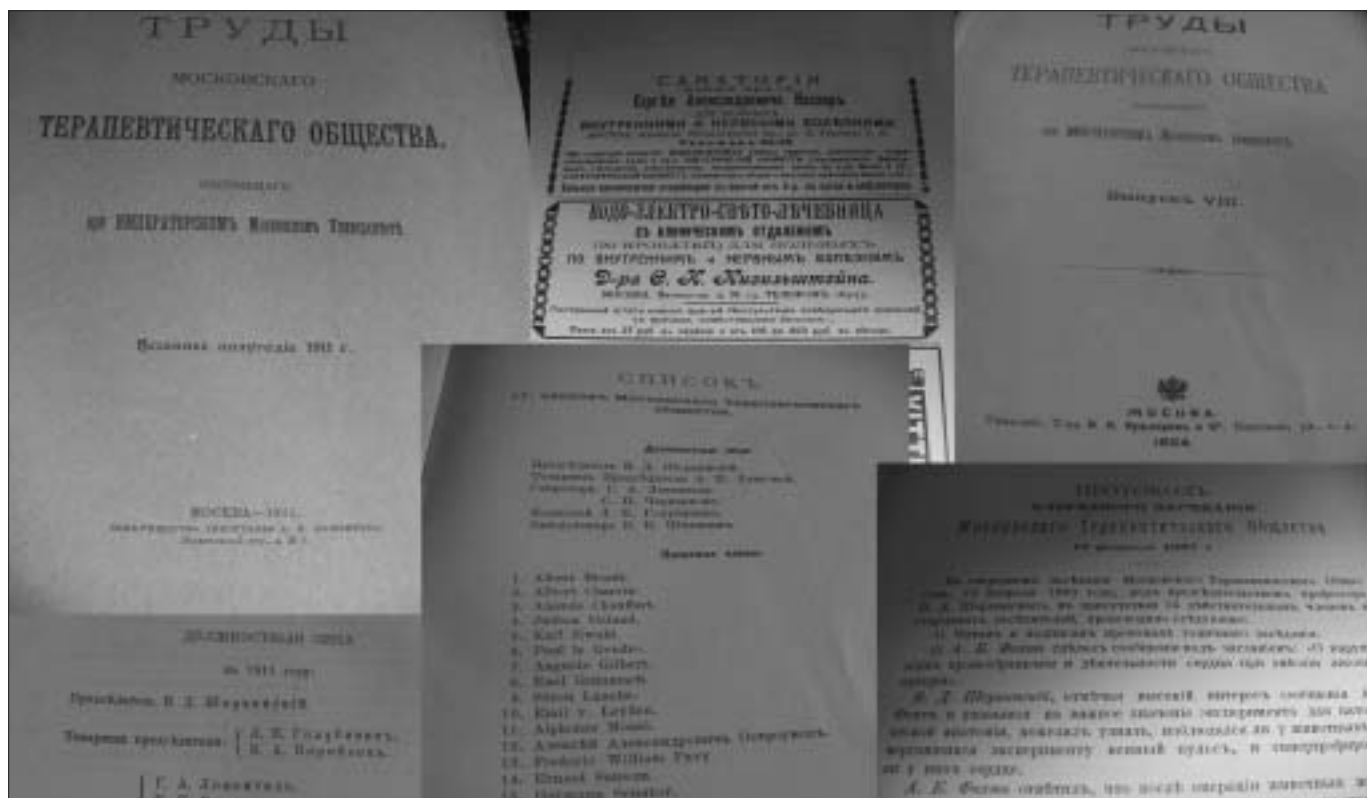
Социальные факторы и самооценка здоровья определяют развитие депрессии у больных с сердечной недостаточностью, сообщается в очередном выпуске Journal of the American College of Cardiology.

Любопытно, что эти факторы оказались более тесно связаны с депрессией, чем традиционные клинические параметры тяжести сердечной недостаточности — результаты нагрузочных проб, ЭхоКГ, анализы крови и т. д. Депрессия достаточно часто встречается у лиц с сердечной недостаточностью и ассоциируется с неблагоприятным исходом, напоминают д-р Эдвард Хавранек и его коллеги (Медицинский Научный Центр Университета Колорадо, Денвер). Авторы выполнили многоцентровое проспективное когортное исследование, охватившее 245 пациентов с сердечной недостаточностью и фракцией выброса менее 40%. Исходно и спустя 1 год все участники проходили комплексное обследование, включая определение социального и экономического статуса. Также заполнялись два вопросника, касающиеся субъективного восприятия влияния сердечной недостаточности на жизнь больного: Medical Outcomes Study-Depression questionnaire и KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire).

За год наблюдения симптомы депрессии развились у 21% пациентов. Независимыми предикторами депрессии были проживание отдельно от родственников, злоупотребление алкоголем, восприятие медицинской помощи как серьезной финансовой проблемы, низкая самооценка здоровья по шкале KCCQ. У больных без этих факторов депрессия развивалась лишь в 7,9% случаев, при наличии одного фактора — в 15,5%, двух — 36,2%, трех — в 69,2% случаев. Чем ниже была самооценка здоровья, тем больше был риск развития депрессии.

Источник:

J Am Coll Cardiol 2004; 44: 2333–8.



ИнтерНьюс

Французские ученые выявили ряд параметров при домашнем и офисном измерении артериального давления, которые позволяют диагностировать маскированную гипертонию.

Оказалось, что для выявления маскированной гипертонии достаточно трехкратного измерения артериального давления при двух визитах в клинику, а также данных двухдневного измерения артериального давления в домашних условиях. При маскированной гипертонии офисные цифры артериального давления нормальны, а домашние — повышены, поясняют д-р Дж. Малион и его коллеги (Service de Cardiologie et Hypertension, CHD La Tronche, Гренобль) в новом номере Blood Pressure Monitoring. Авторы проанализировали данные участников проспективного когортного исследования SHEAF (Self Measurement of BP at Home in the Elderly: Assessment and Follow-up). В этом трехлетнем исследовании сравнивалась прогностическая ценность домашнего и офисного измерения артериального давления у гипертоников старше 60 лет. Артериальное давление измерялось трехкратно при каждом из двух визитов в клинику (интервал между визитами 2 недели), а также в течение 4 дней в домашних условиях. Среди 4939 гипертоников у 463 (9,4%) была выявлена маскированная гипертония, при среднем офисном артериальном давлении ниже 140/90 мм рт. ст., среднем домашнем артериальном давлении — выше 135/85 мм рт. ст. При учете всех 6 офисных измерений артериального давления, чувствительность выявления маскированной гипертонии снижалась с 94% до 83% по мере уменьшения числа домашних измерений артериального давления. При этом была высока вероятность ложноотрицательного результата — от 6% до 17%. Это снижение чувствительности имело место лишь при учете менее 12 домашних измерений артериального давления. Напротив, при учете не 6, а 3 офисных измерений, чувствительность снижалась, начиная с 15 домашних измерений. Уменьшение числа домашних измерений артериального давления практически не влияло на распространенность маскированной гипертонии (94—98%). По мнению авторов, для выявления маскированной гипертонии достаточно трехкратного измерения артериального давления при двух последовательных визитах в клинику и трехкратного измерения артериального давления утром и вечером в домашних условиях в течение 2 дней.

Источник: Blood Pressure Monitoring 2004; 9: 301—5.

У тех, кто страдает мигренью, вдвое повышается риск инсульта, показал новый мета-анализ.

В online выпуске British Medical Journal д-р Али Самии и его коллеги (Вашингтонский Университет, Сиэтл) сообщают, что риск инсульта особенно велик при мигрени, сопровождающейся аурой, и у женщин, принимающих оральные контрацептивы. В мета-анализ американских ученых вошли 11 исследований «случай-контроль» и 3 когортных исследования, выполненных в 1975—2004 гг. Оказалось, что относительный риск ишемического инсульта при любой форме мигрени достигает 2,16, по сравнению с лицами, не страдающими мигренью. При наличии и отсутствии ауры относительный риск составлял 2,27 и 1,86, соответственно. Поправка на возраст величины относительный риск не меняла. У принимающих оральные контрацептивы женщин относительный риск достигал 8,72. В основе подобной связи может лежать нарушение церебрального кровотока при мигренозных приступах, полагают ученые. Тем не менее, д-р Анна Макгрегор, генеральный секретарь Международного общества по изучению головной боли и директор отдела клинических исследований Лондонской клиники мигрени, подвергает сомнению качество данного мета-анализа. По ее мнению, несомненна связь между мигренью и инсультом — однако абсолютный риск инсульта у пациентов с мигренью очень мал.

Источник: BMJ 2004; early online publication.

«Эхо Москвы» к позорному столбу

Антиреклама

Будьте бдительны. Ежедневно в эфире этой радиопрограммы распространяются зловредные флюиды. В очередном рекламном блоке радиостанции «Эхо Москвы» вышел новый анекдот: «Здравствуйте, с вами Марина Астотурян. Белье «xxx», о котором пойдет речь в ближайшие минуты, может быть использовано и как самостоятельное лечебное средство и совместно с традиционными лечебными технологиями, подкрепляя и усиливая их эффективность при обязательном выполнении всех рекомендаций лечащего врача. Подробнее о самом белье рассказывает врач-консультант Светлана Орлова.

— Уникальное белье, предназначенное для лечения и профилактики заболеваний органов малого таза изобретено российским ученым. Лечение и профилактика хронических заболеваний мочеполовой системы, осложненных нарушением половой функции, стали возможны удобным и комфортным бельем «xxx». Трусы, в форме которых представлено белье, выполнены из натуральных тканей, мужская модель представлена в форме шорт, женская в форме глубоких плавков.

— При каких заболеваниях используется белье «xxx»?

— Трусы «xxx» предназначены для лечения и профилактики таких заболеваний как циститы, уретриты, простатиты, в том числе и хронические, аденома предстательной железы, проблемы потенции.

— А в чем особенность этого белья?

— Особенность трусов «xxx» это наличие во внутренней части вставок из шерсти горной тушицкой овцы, прошедших специальную обработку по авторской запатентованной технологии. Ворсинки вставок стимулируют пояснично-крестцовый отдел, промежность, область мочевого пузыря и подвздошную область. Идет непрерывное воздействие на рефлексогенные зоны.

— И чего можно ждать от более или менее продолжительного ношения такого белья?

— За счет комплексного воздействия на активные зоны улучшается кровоток, снимается статическое напряжение, то есть застой крови в органах малого таза. Уже после 15 дней происходит значительное уменьшение симптоматики больного, проходит зуд и боли при мочеиспускании, дискомфорт и тяжесть в подвздошных областях, боли в паху и промежности, повышение потенции.

— Может быть, есть определенные какие-то категории людей, кому бы в профилактических целях можно порекомендовать белье?

— В целях профилактики трусы «xxx» рекомендуются мужчинам и женщинам, которые ведут малоподвижный образ жизни, всем, чей вид деятельности связан с постоянным переохлаждением организма, а также рекомендуется регулярное ношение после 40 лет. И конечно я напомню, что, прежде всего, необходимо носить трусы «xxx» для людей, страдающих заболеваниями мочеполовой системы, такими как циститы, уретриты, простатиты различных форм, аденома предстательной железы. Хочу отметить, что безопасность, эффективность и удобство применения трусов «xxx» подтверждаются клиническими испытаниями, проводимыми в ведущих клиниках России. Трусы «xxx» одобрены Минздравом и рекомендованы как для лечения, так и для профилактики заболеваний органов малого таза у мужчин и женщин. Заказать лечебно-профилактические трусы «xxx» можно по телефонам: 725... (2 раза)

Безграмотная речь: «уменьшение симптоматики больного, проходит зуд и боли при мочеиспускании, дискомфорт и тяжесть в подвздошных областях» выдает, что в образе врача выступает актер. Но образ врача для рекламы использовать не разрешено. Опять лечение всего и вся — и воспалений, и импотенции, и опухоли. А главное — запатентованная авторская технология чеса шерсти, испытания в клиниках (что-то не встречались научные публикации подобных испытаний, так что испытания — это ложь). Не ясно — для чего глубокие плавки, и куда они заглубляются. Рекомендуют носить белье пятнадцать дней подряд (видимо — не стирая), после чего уже и зуд проходит. Шерстяные пояса, носки — полезны, но тереть 15 дней шерстью промежность — не гигиенично, а уж о пользе можно было бы поговорить. Только вот не с кем. Да и стоит ли. Рекламировать можно все — кто-нибудь купит. Раньше говорили — спрос рождает предложение, сегодня ситуация обратная — предложение формирует, навязывает спрос. Нагло, агрессивно.

Не утихает московское Эхо, оболванивающее население не только нашего города — его, к сожалению, слушают его и в других городах. Не до этических соображений эховцам, раз платят деньги — они ведь не пахнут.

Гл. редактор П.А. Воробьев

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Остеонекроз, или асептический некроз костей, — мультифакторное, часто двустороннее заболевание с признаками многокомпонентного поражения суставов, связанное с локальной гибелью участка костной ткани в субхондральном отделе суставной поверхности кости, включая костный мозг и трабекулы, с нарушением процессов внутрикостной циркуляции, последующим образованием секвестра и развитием вторичных остеосклеротических изменений.

Причиной развития остеонекроза часто рассматриваются метаболические нарушения, например, при атеросклерозе, диабете, болезни Кушинга, метаболическом синдроме, жировой дистрофии печени, хронических воспалительных заболеваниях кишечника, при неумеренном приеме алкогольных напитков, гиперурикемии и подагре, как в описанном случае. В последние годы была выявлена отчетливая связь между остеонекрозом и атеросклеротическим поражением сосудов, ответственных за кровообращение в кости. Эти нарушения приводят к гипоксии и развитию ишемиче-

течение 4 дней полностью купировало приступ, к врачам не обращался. В течение 5 лет приступы не повторялись и только осенью 1989 г. после общего длительного охлаждения на рыбалке и приема алкоголя, ночью под утро развились резкая боль и припухлость больших пальцев стоп с распространением отека на свод стопы, больше справа. По рекомендации участкового врача больной соблюдал постельный режим и принимал индометацин 150—200 мг в сутки в течение 10 дней. Через 3 дня приема препарата боли уменьшились и на 9—10-й день прошли практически полностью. Больной приступил к работе.

Очередное внезапное обострение суставного синдрома с вовлечением обоих коленных суставов в декабре 1997 г. больной связывает с употреблением алкоголя и мяса в больших количествах. С этого времени артрит приобрел черты хронического: отмечается чередование обострений и относительного уменьшения суставного синдрома (боль, припухлость и покраснение уменьшаются, но не проходят пол-



Фото 1

ских состояний в костной ткани. Отмечено, что они в основном характерны для мужчин среднего возраста, страдающих хроническим алкоголизмом.

Приводим клинический пример больного пожилого возраста с длительно текущим хроническим подагрическим артритом, осложнившимся асептическим некрозом костей.

Больной Ш., 79 лет, находился в стационаре в июне 2004 г. Жалобы при поступлении на выраженную тянущую боль в обоих коленных суставах, особенно в подколенной области, отдающую по задней поверхности голени, резко усиливающуюся при ходьбе (ходит с помощью костылей), ограничение движения в них, особенно сгибания. Считает себя больным с 59-летнего возраста (около 20 лет), когда без видимой причины ночью появились резкие боли, припухлость и покраснение большого пальца левой стопы. Движения в суставе были невозможными. Строгое соблюдение постельного режима в



Фото 2

Длительно текущая подагра, осложнившаяся двусторонним асептическим некрозом медиальных мышечелков большеберцовых костей

ностью). В период обострений принимает противовоспалительные нестероидные препараты: диклофенак до 100 мг, ибупрофен 800 мг в сутки без выраженного стойкого эффекта. Настоящее обострение около 6 мес. Отмечает резкое увеличение коленных суставов в объеме за счет припухлости; боль постоянную как по передней поверхности, так и в области подколенных ямок, резкое ограничение подвижности в них. Ходит только с помощью костылей. Последние 10—15 лет употребляет 1—2 раза в неделю по 150—200 мл водки.

При осмотре: состояние средней тяжести, гиперстеник, повышенного питания (вес 93 кг при росте 173 см). Деформация обоих коленных суставов за счет наличия выпота в полости суставов, кожа значительно гиперемирована, на ощупь температура повышена. В области подколенных ямок пальпируются округлые эластические болезненные образования. Варусная деформация суставов (genu valgus или O-образные ноги за счет про-

цессов деструкции суставных концов костей, образующих коленный сустав см. фото № 3). Активные и пассивные движения в коленных суставах болезненны на всем протяжении и ограничены за счет сгибательных контрактур. Пальпаторно определяется крепитация на всем протяжении сгибания коленных суставов. Выраженная атрофия мышц бедер. Большие пальцы стоп деформированы, без признаков воспаления. Произведена пункция обоих коленных суставов, получено 120 мл синовиальной жидкости (7 мл послано на исследование).

При обследовании:
клинический анализ крови: РОЭ — 32—26 мм/час, в остальном без патологии; общий анализ мочи без патологии; биохимический анализ крови: мочевина 12,2 ммоль/л, мочевая кислота — 0,600—0,459 (норма для мужчин 0,425)



Фото 3

ммоль/л; иммунологическое исследование сыворотки крови: криопреципитины +1, С-реактивный белок (лазер) — 0,1 мг %, латекс-тест — отр., Анти ДНК (иммуноферментный) — 12 ед., Антинуклеарный фактор — отр., Циркулирующие иммунные комплексы — в пределах нормы; синовиальная жидкость: количество — 7 мл, цвет — светло-желтый, полупрозрачная, вязкость средняя, муциновый сгусток умеренно плотный, цитоз $6,0 \times 10^9$ /л, рагоциты — отсутствуют, единичные эритроциты, гранулоциты — 2, моноциты — 5, лимфоциты — 93, синовиоциты — отсутствуют, единичные капли нейтрального жира, ураты — отсутствуют, пиррофосфаты кальция — отсутствуют, общий белок — 24 г/л, глюкоза — 5,1 ммоль/л; иммунологическое исследование синовиальной жидкости: криопреципитины —

отрицательный, С-реактивный белок (лазер) — 0,1 мг %; латекс — тест 1/20;

Электронная микроскопия синовиальной жидкости: кристаллы уратов.

Рентгенография коленных суставов в прямой проекции (см. фото № 1 и № 2): резко сужены суставные щели, деформация костей. Смещение бедренных костей в медиальную сторону. На фоне внутрикостной перестройки определяются крупные кисты со склеротическим ободком. Асептические некрозы медиальных мышелков большеберцовых костей (см. на фото ↑↑). В полости суставов визуализируются костные фрагменты и множественные кальцификаты различной формы и размеров. Остеофиты на краях суставных поверхностей. Выраженные синовиты суставов.

УЗИ коленных суставов: двусторонние кисты Бейкера. Таким образом, длительный рецидивирующий синовит обоих коленных суставов с формированием кист Бейкера при подагрическом артрите осложнился развитием асептического некроза медиальных мышелков обоих большеберцовых костей.

С. Береговская, В. Цурко
А. Смирнов, Ю. Жуков

Синдром длительного сдавления — краш-синдром — проблема далекая от повседневной практики врача-терапевта. Ой - ли? Может быть не часто диагностируемый синдром — это правда. Редкость диагностики связана, отчасти, с незнанием клиники этой патологии. Попробуем рассказать и разобраться.

Диагноз на первых порах устанавливается по ситуации. Причинами синдрома сдавления могут быть катастрофы — придавило балкой, засыпало землей, зажало во время аварии в автомобиле. Но могут быть и совсем мирные ситуации: так называемое «позиционное сдавление» массой собственного тела. Например, сдавливают свои ноги пьяницы и алкоголики, спящие в состоянии полной анестезии неподвижно (в нормальном состоянии человек все время меняет положение тела). К сдавлению приводит и сон на корточках, опять же, обычно, в состоянии алкогольного опьянения. Сдавить своим телом ткани человек может и при развитии инсульта, если он упал дома и пролежал 2—3 часа на полу. И при переломе шейки бедра возможно такое. В значительной мере сдавление тканей является причиной развития пролежней. И еще одна причина — наложение жгута при кровотечении, фиксирование веревкой или бинтом буйного пациента в кровати. Это так называемое круговое или турникетное сдавление, протекающее куда хуже, чем все другие виды сдавления.

Итак, с синдромом длительного сдавления может столкнуться каждый врач в любое время. Адекватная помощь в первые часы — самая ценная, она может предупредить развитие многих осложнений и даже смерти.

Осматриваем. Кожа ниже сдавления меняет свою окраску: она становится красной с синюшным оттенком, несколько отечной. Такая окраска характерна уже сразу после устранения причины сдавления. Отек быстро нарастает и уже через несколько часов кожа становится напряженной, бледной. Если сдавление продолжалось долго и тканей, вовлеченных в патологический процесс много (например, сдавлена была верхняя часть бедра, значит вовлечены ткани практически всей ноги) то отек может быть настолько



Рис. 1. Лампасный разрез на предплечье, виден массивный отек

большим, что в нем окажется значительный объем жидкости и разовьется гиповолемический шок (рис. 1). Шок может быть и болевым — после снятия давления возникает резчайшая боль. Поэтому, с целью предупреждения гемодинамических нарушений, сразу необходимо провести общее обезбоживание и начать восполнение жидкости. Жидкости нужно переливать много, несколько литров — в зависимости от ориентировочного объема отека, вводить можно солевые растворы. Уменьшить боль помогает иммобилизация конечности, но ее нельзя прибинтовывать к шине — массивный отек вызовет повторное сдавление тканей. Из этих же соображений нельзя бинтовать пораженную конечность эластичным бинтом. Лучше всего уложить ногу или руку в согнутую (в профиль) буквой П картонную коробку и осторожно, не перетягивая зафиксировать ее в нескольких местах.

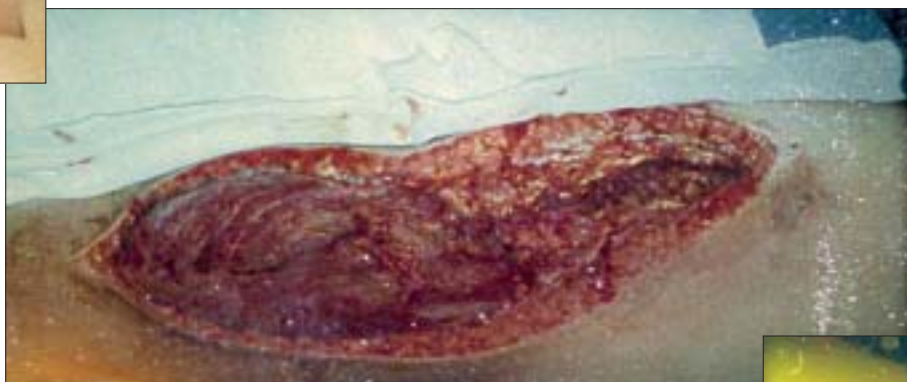


Рис. 2. Лампасный разрез на бедре

При снятии давления кровотоки в пораженных тканях частично восстанавливаются и из них начинают вымываться продукты клеточного распада. Эти продукты активируют свертывание крови — запускается распространенное внутрисосудистое свертывание. Начинаются тромбозы микрососудов органов, в первую очередь — почек и печени. Предупредить такое развитие событий можно быстрым удалением продуктов клеточного распада из крови с помощью плазмафереза. Его нужно делать как можно раньше от момента устранения сдавления — буквально в первые часы. Удалять можно

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ

не очень много плазмы — 0,7-1,0 литра, замещать лучше свежемороженой плазмой, но если ее нет — сойдут и солевые растворы. Не следует использовать реополиглокин, полиглокин и их аналоги — они вызывают нежелательные побочные эффекты со стороны почек.

Раньше, с учетом механистических представлений, рекомендовали накладывать жгут на пораженную конечность, чтобы препятствовать вымыванию «токсинов» — продуктов клеточного распада — из пораженных тканей. Наложив жгут полностью останавливается кровоток и те ткани, которые еще не погибли ниже места сдавления погибнут после наложения жгута. Конечность придется ампутировать. Но горе-хирурги ампутируют сдавленные конечности и для того, «чтобы спасти жизнь» (обычная присказка, вместо того, чтобы думать). Надо читать историю хирургии — от ранней ампутации сдавленных и раненых конечностей отказался — причем жестко, однозначно, — еще Н.И. Пирогов во время Крымской компании: поспешать надо медленно. А мы все пилим, пилим...

тельно, фасции, чтобы в них свободно выбухали отечные мышцы. Потом, спустя 5—10 дней, когда отек спадет (рис.3), место лампасного разреза зашивается и сростается тонким, почти не заметным со временем швом. Но главное — нога (или рука) остается, хотя и не такая ловкая, как до катастрофы.

Через руки автора прошли сотни пострадавших с синдромом длительного сдавления, поэтому все сказанное здесь — не понаслышке.

Еще один, возможно дополнительный способ сохранения жизнеспособности тканей — гипербарическая оксигенация, проводимая 1—2 раза в день. Кроме прочего, она позволяет избежать, почти полностью, газовой гангрены. При травмах — это немаловажно.

Распространенное внутрисосудистое свертывание крови требует гепаринизации. Обычно применяются небольшие дозы гепарина (до 10 тыс.ЕД в сутки) или профилактические дозы низкомолекулярных гепаринов. Более 30 лет назад выполнена экспериментальная работа, в которой введение гепарина до декомпрессии у животных полностью исключало развитие острой почечной недостаточности.

Такая терапия — жидкость, плазмаферез, гепаринизация, свежемороженая донорская плазма, гипербарическая оксигенация, начатая в первые часы после извлечения из-под завала предохраняет больного и от еще одного «обязательного» осложнения — острой почечной недостаточности. Ее становится как минимум в 10 раз меньше, чем без такой терапии. Но даже если острая почечная недостаточность уже развилась, то проведение описанной выше активной терапии сокращает срок анурии почти вдвое, уменьшает число осложнений, в том числе — инфекционных.

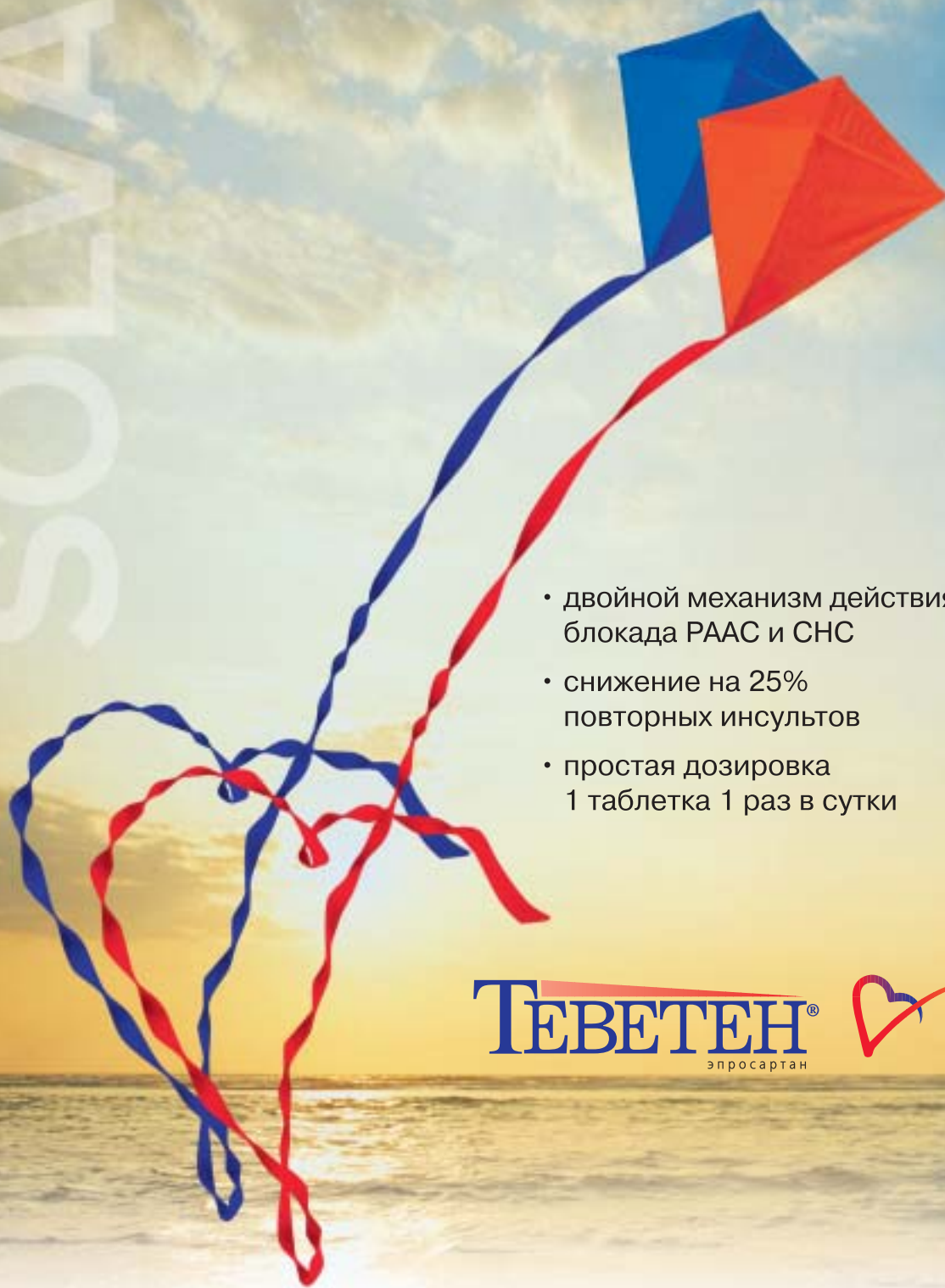
Острая почечная недостаточность диагностируется при снижении диуреза менее 500 мл в сутки или анурии. Эти симптомы, наблюдающиеся в течение суток, являются абсолютным показанием для начала гемодиализа или гемофильтрации (последняя — предпочтительна). Техника процедур — тема для специалистов, но если сутки анурии — больному в безусловном порядке показано внепочечное очищение крови. Плазмаферез тут не замена. А так называемый «форсированный диурез» — манитол или фуросемид — бесполезны.

В общем-то все. Ранняя диагностика, ранее адекватное, патогенетически оправданное лечение уменьшает смертность до 10%, при позднем начале лечения умирает 60—80% больных. Есть за что бороться.



Рис. 3. Прошло несколько дней, лампасные разрезы можно ушивать

Антагонист рецепторов ангиотензина II с двойным механизмом действия



- двойной механизм действия: блокада РААС и СНС
- снижение на 25% повторных инсультов
- простая дозировка
1 таблетка 1 раз в сутки

ТЕВЕТЕН®
эпросартан



**SOLVAY
PHARMA**

119991, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
тел.: (095) 411-6911
факс: (095) 411-6910
E-mail: info@solvay-pharma.ru
Http://www.solvay-pharma.ru
Http://www.teveten.ru

ИНФОРМАЦИЯ

Уважаемые коллеги!

Курс стандартизации в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ФПФОВ Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова регулярно проводит циклы тематического усовершенствования, предназначенные для врачей всех лечебных специальностей, специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения по следующим направлениям:

- Стандартизация в управлении качеством медицинской помощи (10.05—06.06.2005 г.).
- Лицензирование медицинской деятельности. Аккредитация медицинских учреждений (07.04—05.05.2005 г.).
- Медицина, основанная на доказательствах и клинико-экономический анализ в управлении качеством медицинской помощи (07.03—04.04.2005 г.).

Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:

- Система обеспечения качества в здравоохранении
- Система стандартизации в РФ, законодательство РФ по стандартизации
- Протоколы ведения больных
- Организация и принципы лицензирования медицинской деятельности и подготовки медицинского учреждения к получению лицензии
- Формирование новой системы аккредитации медицинских учреждений
- Стандартизация в сфере лекарственного обращения
- Клинико-экономический (фармако-экономический) анализ медицинских технологий, медицина доказательств, основы формулярной системы

Цикл является бюджетным для организаций (учреждений) относящихся к системе Министерства здравоохранения и соцразвития РФ, лично участниками курса оплачивается только проезд и проживание в гостинице. Для организаций (учреждений) не относящихся к системе Росздрав, или имеющих негосударственную форму собственности цикл оформляется на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Обращаться по тел./факс 246-01-19

Тюрин Ирина Вячеславовна,

Нерсесян Мадлена Юрьевна

E-mail: mtpndm@dol.ru

РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ

В 3 томах

Издательство «Ньюдиамед»

Под ред. академика А. И. Воробьева

Уникальное издание создано лучшими специалистами России

Первое полноценное руководство по гематологии за последние 20 лет

В книге отражены последние фундаментальные достижения в области гематологии, онкогематологии. Широко освещены современные методы диагностики и дифференциальной диагностики, что делает руководство необходимым в повседневной работе врача. Представлены следующие разделы: общая часть (клетка, кроветворение, костный мозг, диагностические методы, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томография в гематологии), частная гематология (патогенез, этиология гемобластозов, хромосомный анализ, острые лейкозы, анемический синдром, патология гемостаза и др.).

Руководство предназначено для гематологов, терапевтов, педиатров, неврологов, врачей других специальностей,

преподавателей медицинских ВУЗов и факультетов послевузовской профессиональной подготовки.

Книги можно приобрести в следующих магазинах:

- «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- ГНЦ РАМН — метро «Динамо»;
- в издательстве — по адресу: 115446, Москва,

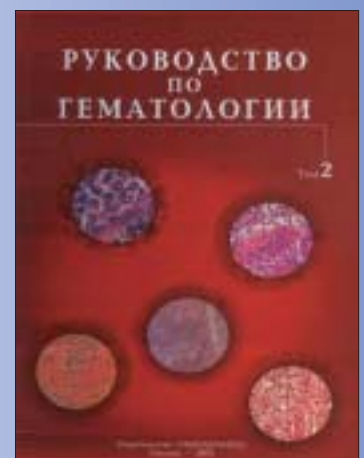
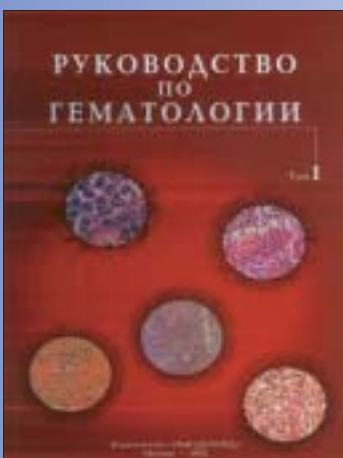
Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7,

ООО «МТП Ньюдиамед»

Тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru .

Подробнее можно ознакомиться с книгой

на сайте www.zdravkniga.net .



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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65

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