Всемирный конгресс терапевтов в 2022 г. пройдет в России
3 стр.

АРТ-гипертония Уникальный медицинский спектакль
8–9 стр.

ГЕНЕРИУМ и РАН: сотрудничество шаг за шагом
16–17 стр.

ГАЗЕТА
ИНТЕРФАРММЕДИКА
СПЕЦВЫПУСК
Издается с 2009 года
Ноябрь 2016

XI НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

Сегодня в Москве в Международном выставочном центре «Крокус Экспо» открывается XI Национальный конгресс терапевтов. Накануне мы встретились с президентом Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), академиком РАН, профессором Анатолием Ивановичем МАРТЫНОВЫМ.

ВЫСОКИЕ ВЫЗОВЫ И РЕАЛЬНЫЕ ПЛАНЫ

Очередной конгресс терапевтов – один из самых серьезных институтов образования, вновь собирает свою аудиторию. Как изменилась она за последние годы, какие новые формы приобрела?

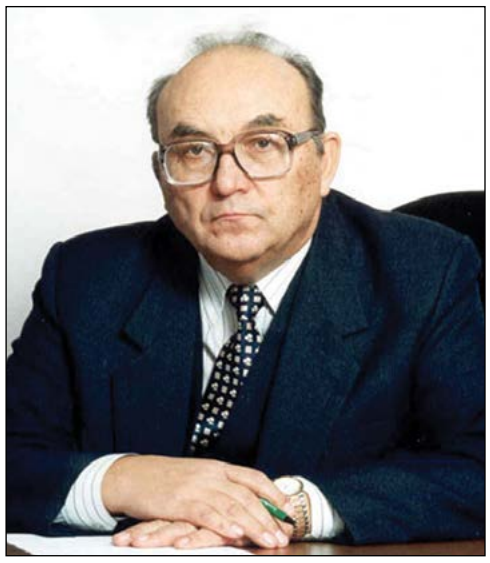
Действительно, национальные конгрессы, как форма развития, себя оправдала и от года к году становится все мощнее. Во-первых, количество участников постоянно растет. Во-вторых, научно-практическая программа приобретает все большую значимость. На этой площадке обсуждаются новейшие рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, которые разрабатываются нашим медицинским обществом.

Это очень важно, так как раньше эта работа проводилась довольно вяло. Сегодня на каждом конгрессе утверждается от 4 до 9 рекомендаций, и они имеют огромное значение для врачей, которые получают возможность за короткий срок сориентироваться в согласованном мнении ведущих специалистов по данной патологии. Если бы не было института клинических рекомендаций, врач мог бы оказаться в «плену» отдельных мнений, порой сомнительных. Теперь – это мнение лидеров, ведущих специалистов всей страны по кардиологии, пульмонологии, неврологии и т. д. В то время как раньше это были в основном представители Москвы и Санкт-Петербурга. Очень важно и то, что рекомендации всегда учитывают мнения международных обществ терапевтов, а также отечественные особенности в диагностике, патологии, с акцентом на ту материально-техническую базу, которой реально располагают большинство наших медучреждений.

И третий момент. Трансформация своего опыта и опыта зарубежных коллег выливается в эффективную форму подготовки клинических рекомендаций. После утверждения материалов на конгрессе мы направляем их в Министерство здравоохранения, в экспертный совет. Если они получают признание, их утверждает первый заместитель министра, и они обретают статус национальных и обязательных.

Рекомендации – основное руководство, которым должен пользоваться врач, это объем знаний, позволяющий ему работать на мировом уровне. Если врач не знает их, он всегда совершает или может совершить ошибку. Бывают и отклонения от рекомендаций, например, непереносимость пациентом какого-либо препарата, но в этом случае специалист должен обосновать свои действия, обязательно отразив их в истории болезни.

На нашем конгрессе мы делаем обзоры зарубежных конгрессов по пульмонологии, гастроэнтерологии и т. д., они помогают врачу сориентироваться в той области, которая его заинтересовала. Есть и такая практика. В рамках конгресса, в частности, последнего, будет проводиться профильный



съезд гастроэнтерологов, где ожидается очень насыщенная программа. На следующих конгрессах, естественно, мы представим съезды других профильных объединений.

Сейчас конгрессы идут под флагом реализации программы Министерства здравоохранения РФ, которая называется «Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование». Эти документы предполагают принципиально новую форму повышения и оценки знаний терапевта.

Созданы сайты для каждого врача, где он должен набрать не менее 250 аккредитаций в течение пяти лет. Таким образом, разработана система, по которой можно определить: занимается врач повышением квалификации или нет. При этом 125 кредитов (или баллов) он должен заработать, посещая профильные мероприятия, съезды, конференции, работая с компьютером. Сама аккредитация – процесс сложный, проходит в три этапа на базе симуляционных центров, которые действуют при вузах уже во многих городах. В Москве два ведущих центра: один – в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова, второй – в Больнице им. С.П. Боткина. В компьютерном классе врач должен ответить на 100 вопросов под контролем видеокамер. Если он отвечает на 75% правильно, ему засчитывается сдача. Второй этап – симуляционный центр, где врач должен на практике, естественно, на муляжах, показать, как он владеет профессиональными навыками, ответить на практические вопросы, которые касаются различных неотложных ситуаций, например, по сердечно-легочной реанимации, интубации, внутривенозной, внутриартериальной пункции. И третий этап – собеседование, где участвуют три представителя – органа здравоохранения, вуза и профессионального общества по конкретной специальности. Пройдя эти этапы, врач получает аккредитацию и будет иметь юридическое право продолжить свою деятельность.

Учитывая, что эта программа сейчас активно осваивается и отрабатывается на практике, многие мероприятия на конгрессе будут посвящены именно ей. Врачи, участвующие в конгрессе, помимо зачетных кредитов, получат документ государственного образца. Врача такие мероприятия безусловно стимулируют к активной работе, он не только посещает их, но и активно участвует, в частности, отвечая на контрольные вопросы в так называемых школах, которые проводятся в рамках конгресса.

Получается, что главным действующим лицом отечественного здравоохранения сегодня становится терапевт? Если это так, то какими качествами он должен обладать?

Да. И не просто терапевт, а участковый терапевт. Сейчас Минтруд совместно с Минздравом, наше Общество и Национальная медицинская палата разрабатывают документы, в которых будут обозначены требования к участковому терапевту. Если сказать коротко, его работа действительно становится ведущей, когда поликлиники оснащаются всем необходимым, и для обследования уже не нужно будет ложиться в стационар. Именно поэтому в первую очередь терапевт должен быть грамотным, постоянно, практически ежедневно повышать свою квалификацию. Он должен сам понимать, что без этого работать не сможет.

За год ему нужно набрать не менее 50 зачетных кредитов. Конечно, врач работает с перегрузкой. На него возложено большое количество обязанностей, кроме всего, имеется дефицит кадров, особенно в регионах. Норматив, который существует для участкового терапевта на прием одного пациента, составлял раньше 12, а сейчас 15 минут. Это огромная нагрузка, которая нередко служит причиной неточности в работе. Больного нужно расспросить, собрать анамнез, проанализировать и составить план дальнейшего наблюдения и лечения, записать все в историю болезни, выписать рецепт, больничный.

За отведенное время сделать это практически невозможно. Государство в лице Минздрава не может пока увеличить этот норматив. И не потому, что он глух, а потому что увеличить время даже до 20-ти минут – это дополнительные затраты. Понятно, если бы финансирование было большим, картина была бы иной. Мы понимаем сложившуюся в стране ситуацию, но не говорить об этом не можем. Нужно знать негативную, но объективную сторону работы участкового врача, прежде чем его критиковать. Вместе с тем врач должен быть очень органи-

(Окончание на 2 стр.)

135 лет со дня рождения В.Ф. Зеленина

ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ВРЕМЕНИ

История медицины – волшебный ларец, в недрах которого хранятся интересные факты из прошлого, дерзкие предположения, смелые разработки. Те, кто много лет назад творил врачебную науку, теперь дарят нам вдохновение для новых открытий.
Девиз Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) «С уважением к традициям, в ногу со временем». Именно поэтому каждый год своей деятельности РНМОТ посвящает памяти выдающихся российских ученых, которые оставили глубокий след в истории медицины. В 2016 г. мы вспоминаем Владимира Филипповича Зеленина, яркого представителя великой школы российских терапевтов.

Владимир Филиппович Зеленин. Именитый профессор, при званиях и регалиях, всегда отличался по-особому бережным отношением к пациентам. Об этом часто повторял своим ученикам: *«Ваши истинные чувства и искреннее желание помочь больному прилипают к бумажкам, на которых выписаны ваши рецепты, и потенцируют действие предписанных средств»*.

(Продолжение на 4 и 5 стр.)

ДИАГНОЗ «В ДВЕРЯХ», ИЛИ СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

Когда-то Сенека произнес фразу: «Для человека, который не знает, к какой гавани он направляется, ни один ветер не будет попутным». В полной мере это относится к участковому терапевту, который в условиях дефицита времени первым у большинства пациентов должен уметь определить именно ту гавань, где наши больные улучшат качество жизни, быстрее справятся с осложнениями, научатся себя правильно вести и долго жить.

Все вышеозначенное требует совершенствования традиционной тактики амбулаторного приема.

Для начала, в качестве преамбулы, вспомним известные слова из песни В. Высоцкого: «Если б Кащенко, к примеру, лег лечиться к Пирогову, Пирогов бы без причины резать Кащенку не стал!». В этой ассоциации нам хотелось подчеркнуть главное на амбулаторном приеме: быстрая постановка правильного и обоснованного диагноза. Иными словами, у врача, что называется, «в дверях» должно сложиться первое впечатление о пациенте и его болезни.

Шаг первый – конституция больного

Так сложилось, что в повседневной жизни мы в большей степени обращаем внимание на избыточный вес и ориентируемся в показателях повышенного индекса массы тела. В одном случае речь идет о проявлениях метаболического синдрома, в другом – признаках легочного сердца.

А вот в кабинет входит худой пацент. Согласно ВОЗ при индексе массы тела <18 необходимо проявить настороженность, выявить симптомы, найти ключи к диагностике при дефиците массы тела:

1. Необъяснимая и/или быстрая потеря веса.
2. Симптомы, предполагающие наличие злокачественных новообразований, рак в анамнезе.
3. Расстройства приема пищи.
4. Депрессия.
5. Ночные поты.
6. Лихорадка.
7. Аномалии в анализах крови.
8. Аномальные результаты физических исследований.
9. Лимфоаденопатия.

Шаг второй – пол и возраст больного

По данным одной из московских поликлиник, причиной обращения за медицинской помощью пациентов в возрасте от 40 до 60 лет у половины из них была артериальная гипертония (АГ) и значительно реже – разные формы ИБС и костно-суставная патология. Вместе с тем в стационаре причинами летальных исходов у пациентов в данной возрастной группе являются алкоголь, ассоциированные состояния, онкологические заболевания, сосудистые катастрофы у больных с АГ и ИБС с перенесенным инфарктом миокарда и тромбоэмболические осложнения. Это означает, что при осмотре в поликлинике пациентов в указанном возрастном диапазоне требуется оценка возможных прогностически неблагоприятных симптомов, которые могут быть у больного, но по разным причинам им недооцененные.

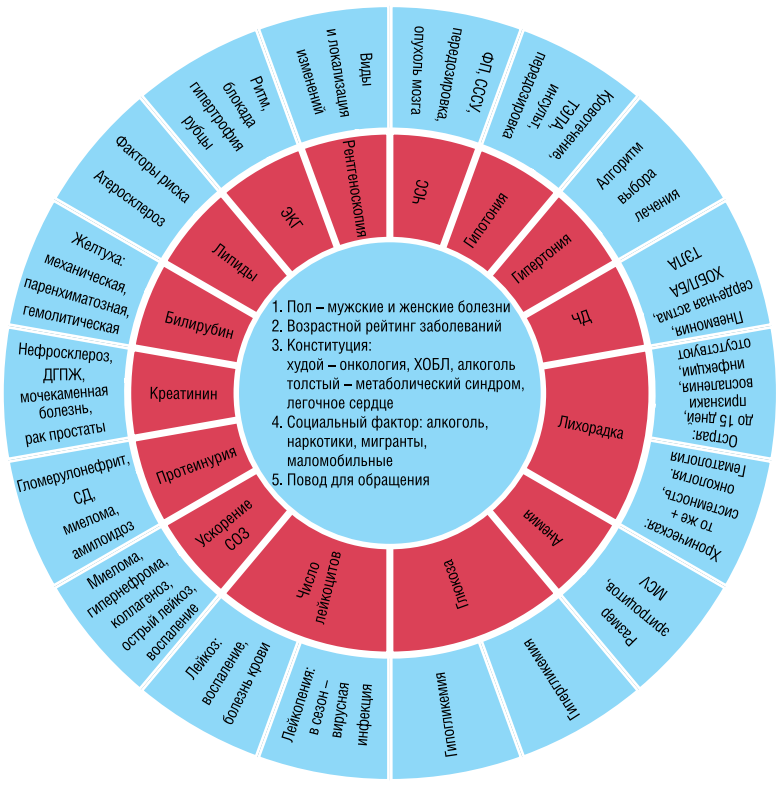
В этой связи для раннего выявления важнейшей патологии необходимо при всех обращениях больных задавать обязательные вопросы дабы не пропустить потенциально опасные заболевания: коронарную болезнь, сахарный диабет, онкологию, болезни костей и суставов.

Шаг третий – внешний вид

«Подобно тому, как бывает болезнь тела, бывает также болезнь образа жизни» (Демокрит Абдерский). К сожалению, сегодня некоторая часть амбулаторных больных злоупотребляют алкоголем, приемом наркотиков, проживают в стесненныж жилищных условиях и др. Это способствовало появлению большего числа инфекций, туберкулеза, иммунодефицитных состояний и др. В этой связи внешний вид больного, так называемые стигмы, имеют решающее значение в диагностике:

- изменение цвета лица (бледность, может быть и покраснение), круги под глазами, сухая или болезненная жирная кожа («сальный налет»), чрезмерно суженные или расширенные зрачки;
- кайма раздражения вокруг губ и особенно в уголках рта;
- покраснение и отечность лица;
- затруднение носового дыхания;
- маскообразное, гипомимичное, одутловатое лицо или, наоборот, оживление мимики;
- желтеют зубы, покрываются несмываемым налетом; язык теряет свою естественную окраску, становится толстым, на нем появляются глубокие продольные трещины;
- наблюдается насморк («течет из носа»);
- состояние опьянения без запаха алкоголя;
- похудание;
- изменяется пантомимика, отражающая «жестомимический контур» всей личности.

Таким образом, суммируя все, у нас получается некий КРУГ, который позволяет уже при первом визуальном осмотре пациента «в дверях» составить план последующего разговора и простых, но обязательных исследований, которые окончательно сформируют представление о предполагаемой болезни, ведение которой определяется по алгоритму.



К примеру, выявлен сниженный гемоглобин. Используя алгоритм, можно быстро сориентироваться в ведении больного с анемией.

Ну вот, диагноз поставлен! Что дальше? Известная фраза: по диагнозу лечение, целью которого является выявление рисков прогрессирования заболевания (смерти), их мониторирование и вовремя проведенная коррекция.

Прежде всего, на амбулаторном приеме необходимо оценить общий сосудистый риск. Так, очень высокий риск характеризуется наличием любой локализации атеросклероза, сахарным диабетом (СД) обоих типов с поражением органов-мишеней, уменьшенной скорости клубочковой фильтрации и очень высоким «сосудистым» возрастом. Предположим, что, назначая органопротективную терапию больным СД, соблюдая алгоритм его лечения, не удалось уменьшить риск, а значит, необходимо пересмотреть сахароснижающую терапию.

Ежемесячное мониторирование кардиоваскулярных рисков, коррекция терапии привела за 3 месяца наблюдения к снижению общего сосудистого риска.

Необходимо отметить, что подобное контролируемое ведение больных позволяет не только объективно следить за динамикой состояния, но и выбирать конкретные лекарственные препараты с учетом вынужденной полипрагмазии и предупреждения нежелательных взаимодействий.

А.Л. ВЕРТКИН,
профессор,
руководитель региональной общественной организации
«Амбулаторный прием»

ВЫСОКИЕ ВЫЗОВЫ И РЕАЛЬНЫЕ ПЛАНЫ

(Окончание. Начало на 1 стр.)

зованным, собранным, целеустремленным, уметь грамотно перестроить свои профессиональные отношения с персоналом среднего уровня, который в свою очередь несет большую нагрузку.

За два прошедших года налицо положительная динамика работы Общества терапевтов, особенно в регионах. Впервые в истории страны в Москве успешно проведен Европейский конгресс, который еще больше сблизил нас с европейской медициной. Что это дало нам и Европейскому обществу?

Его проводили в условиях санкций, очень жесткой изоляции, но несмотря на это, в нем приняли участие больше 1 500 иностранных специалистов, в другой ситуации их было бы более 3 000. Мы получили дополнительный стимул к организации таких крупных мероприятий. Работа велась активно, напряженно, нам удалось заинтересовать и наших специалистов, и европейских. Опыт, который мы приобрели, дорогого стоит. Для Европы наш конгресс был в прямом смысле откровением. Никогда мероприятие такого уровня не проводилось в истории отечественной терапии. Конгрессы, в которых мы участвовали в других странах, были намного скромнее и по программе, и по количеству участников. Авторитет отечественной медицины получил заслуженную положительную оценку. Мы не останавливаемся, идем дальше.

Осенью этого года решался вопрос о месте проведения Всемирного конгресса терапевтов в 2022 г. Мы официально выдвинули Россию на этот конкурс, который обычно проходит жестко, конкуренция очень серьезная. Руководители Всемирного общества приезжали на наш конгресс именно для того, чтобы посмотреть, как мы справимся со столь сложной задачей. Их оценка была высокой, и решение было принято в нашу пользу.

Мы активно работаетем с нашими регионами, которые получают от нас импульс, чувствуют активную поддержку. Они, конечно, могут проводить свои конференции, но, как говорится, будут вариться в собственном соку. А когда мы проводим Межрегиональную конференцию, а в году их 9, врачи, в соответствии с приказом Минздрава, получают возможность приехать на мероприятие, ведущих специалистов по конкретной проблеме не только из Москвы и Санкт-Петербурга, а из разных городов страны. Конечно, такие встречи вызывают огромный интерес. Участники сертифицированы по научной программе, получают зачетные единицы или баллы, что для них чрезвычайно важно, так как все это идет в положительный зачет самого учреждения, где работает врач.

Мы активно расширяем территорию нашего влияния, в хорошем смысле слова. Но мы открыто говорим, что пока не смогли в полной мере освоить Дальний Восток. Нам не хватает организационной и финансовой силы. Надеюсь, что в следующем году мы и эту проблему решим. Сегодня мы проводим школы в Хабаровске, Владивостоке. У нас появилась новая форма – «Амбулаторный прием», ее возглавляет профессор А.Л. Верткин, который активно ездит по стране, несколько раз побывал и на Дальнем Востоке. Его сессию «Амбулаторный прием» посещают не менее 200 человек, а бывает и 400–500.

Есть еще одна новая форма привлечения завтрашних врачей – «Конкурс студенческих команд» из различных вузов. Благодаря инициативе наших коллег из Курска, уже прошел второй конкурс (теперь в Нижнем Новгороде), в котором мы принимали активное участие.

Надо отметить, что все конгрессы посвящены видным историческим деятелям, которые внесли уникальный вклад в развитие отечественной медицины. Сегодня мы вспоминаем Владимира Филипповича Зеленина, о котором делаем доклады, готовим книжку по истории его работ, биографии. Знаменательно, что ее написали студенты старших курсов Московского медицинского стоматологического университета под руководством профессора Аркадия Львовича Верткина. Книжка пользуется колоссальным успехом у врачей, на конгрессах ее просто расхватывают.

Что скрывать, порой мы не много знаем о наших великих соотечественниках. Если говорить о Зеленине, среди его многочисленных заслуг, есть одна и очень существенная. Ученый стал родоначальником электрокардиографии в России. Именно он привез первый такой прибор в страну. Потом с его участием аппарат совершенствовали, научились диагностировать инфаркт миокарда.

Известна еще одна история, когда в свое время Зеленин спас от тяжелой пневмонии Н.С. Хрущева, взяв на себя ответственность применить еще малоизвестный в то время пенициллин.

А вместе с тем многие его помнят по каплям Зеленина. Хотя сам Зеленин относился к такой популярности довольно скептически.

Вы служите Обществу терапевтов уже более 4 лет, сменив на этом посту одного из основателей РНМОТ, профессора Ю.Б. Белоусова. В одном из интервью вы говорили, что планируете уйти после Европейского конгресса терапевтов в Москве. Не получается, так захватила работа?

Президент общества выбирается на пять лет. Перевыборы будут в следующем году. Мне исполнится 80 лет. Оценивая это даже с политических позиций, считаю, что человек старше 80 лет не должен занимать такую должность. С моей точки зрения, это недоверие к молодым коллегам, но окончательное решение будет принимать съезд.

Спасибо, что, несмотря на высокую занятость, нашли время для откровенной беседы!

Интервью вел
В.Б. ТАРАТОРКИН

ОТ ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ТЕРАПЕВТОВ К ВСЕМИРНОМУ

Впервые в истории отечественной медицины право на проведение в 2022 г. Всемирного конгресса терапевтов дано России. Об этом было объявлено на XXXIII Всемирном конгрессе терапевтов, который прошел в августе 2016 г. в конгресс-центре Бали Нуса Дуа (Индонезия).

В его работе приняли участие более 3500 делегатов из 69 стран мира, а его девизом было «Переосмысление внутренней медицины: новые вызовы и возможности».

На церемонии открытия прозвучали приветствия от президента конгресса Ару Судойо (Индонезия), министра здравоохранения Индонезии Нилы Фарид Моелоек, президента Всемирного общества терапевтов (ISIM) Ясуо Икеды (Япония) и президента Индонезийского общества внутренней медицины Идруса Алви.

В рамках научной программы были представлены практически все разделы внутренних болезней: кардиология, гастроэнтерология, гематология, инфекционные заболевания, онкология, интенсивная терапия, иммунология, геронтология, ревматология, эндокринология, нефрология, пульмонология и психосоматические расстройства. Большое внимание уделялось обсуждению роли терапии в современной системе здравоохранения, медицинскому образованию, полиморбидным состояниям, перспективам развития терапии.

Программа включала пленарные, устные, интерактивные и образовательные сессии, школы, симпозиумы, лекции и слайд-сессии. Заседания проводились одновременно в 9 залах, постоянно функционировала постерная зона. В форуме приняли участие 147 лекторов, проведены 67 симпозиумов и 21 мастер-класс. В рамках мероприятия прошла выставка фармацевтических компаний, медицинской литературы и оборудования, были подведены итоги конгресса и вручены награды за лучшие презентации и постерные доклады.

Активное участие в работе конгресса приняли российские терапевты. В научной программе были представлены 3 устных и 6 стендовых докладов отечественных специалистов. В рамках устных сессий прозвучали доклады С.А. Бернс и соавт. (Москва) «Данные регистра продемонстрировали, что артериальная гипертензия в сочетании с сопутствующими заболеваниями является фактором риска перинатальных осложнений у беременных», В.В. Гафарова (Новосибирск) «Нарушения сна и риск инсульта у мужчин в возрасте 25–64 лет: данные эпидемиологического исследования ВОЗ МОНИКА» и И.Ю. Пчелина (С.-Петербург) «Клинические корреляции уровня гемоглобина и патогенеза анемии у пациентов с ранними стадиями диабетической нефропатии». В постерных сессиях были представлены работы Н.И. Волковой и соавт. (Ростов-на-Дону), Р.И. Стрюк и соавт. (Москва), И.С. Джериевой и соавт. (Ростов-на-Дону), И. Ким (Москва), Л.А. Андреевой (Москва) и А.И. Мартынова (Москва).

В рамках конгресса состоялась генеральная ассамблея Всемирного общества терапевтов, в работе которой приняли участие делегаты из стран-членов ISIM. Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) было представлено президентом общества, академиком А.И. Мартыновым, генеральным секретарем А.А. Спасским, членом исполнительного комитета ISIM, полномочным представителем РНМОТ в Сибири и на Дальнем Востоке, чл.-корр. РАН М.И. Воеводой и ученым секретарем В.А. Кокориным.

Были заслушаны и одобрены отчеты президента ISIM Я. Икедо (Япония), генерального секретаря Х.П. Колера (Швейцария) и казначея А. Хубера (Швейцария). Состоялась процедура передачи полномочий президента ISIM А. Судойо (Индонезия), который будет возглавлять Всемирное общество терапевтов в ближайшие два года.

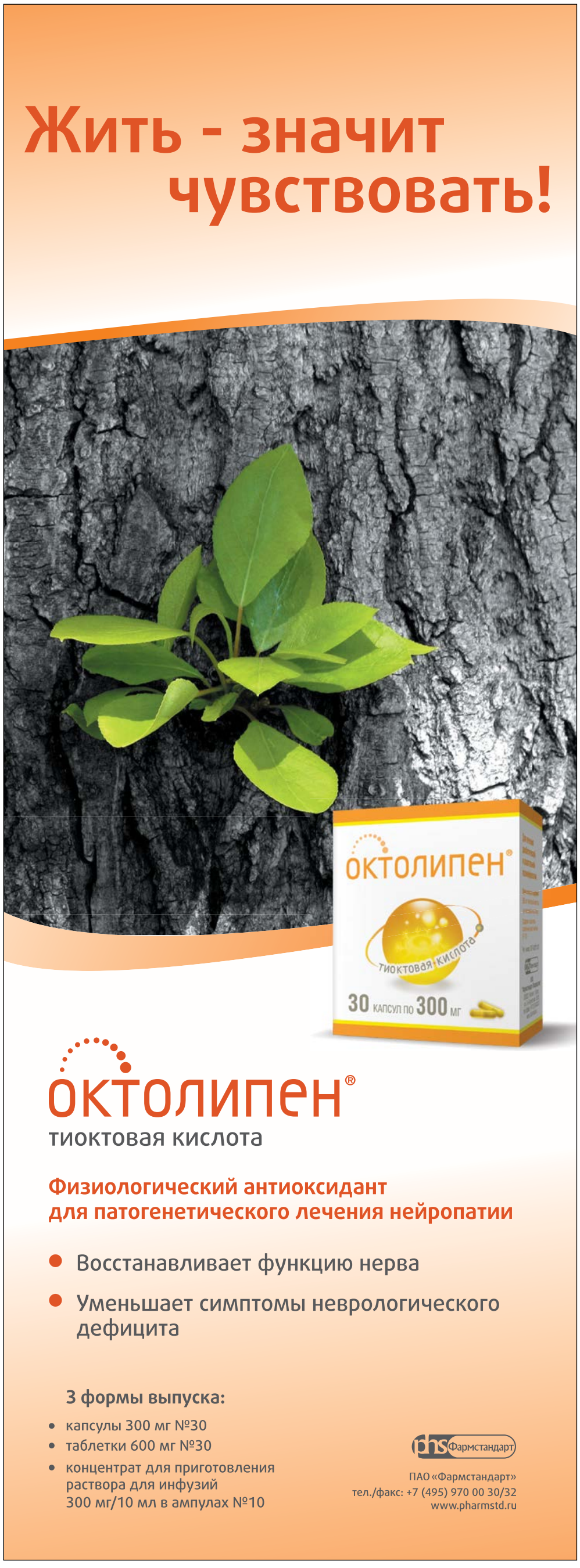
Следующим президентом ISIM была избрана А. Кок (ЮАР). Бывший президент ISIM Р. Бадо (Аргентина) был принят в Почетные члены организации, а ряды исполнительного комитета Общества пополнила К. Аройо (Доминиканская Республика). Предыдущий президент ISIM У. Холл (США) был избран Почетным членом общества. Была также заслушана информация о подготовке к предстоящим Всемирным конгрессам терапевтов в Кейптауне (2018) и Канкуне (2020).

В рамках генеральной ассамблеи ISIM состоялись выборы места проведения Всемирного конгресса 2022 г. Впервые в истории отечественной медицины право на проведение конгресса было дано России. Заявка РНМОТ была единогласно поддержана всеми присутствующими.

В ряды Всемирного общества терапевтов было принято общество интернистов Шри-Ланки. Было сделано сообщение о подготовке курсов постдипломного обучения, которые пройдут под эгидой ISIM в Гане и Индонезии. Завершая заседание, генеральный секретарь ISIM Х.П. Колер поблагодарил делегатов за плодотворную работу.

Следующий Всемирный конгресс терапевтов пройдет в Кейптауне (ЮАР) 18–21 октября 2018 г.

Президент РНМОТ, акад. РАН
А.И. МАРТЫНОВ,
Генеральный секретарь РНМОТ, проф.
А.А. СПАССКИЙ,
Ученый секретарь РНМОТ **В.А. КОКОРИН**



135 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ В.Ф. ЗЕЛЕНИНА

ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ВРЕМЕНИ

(Окончание. Начало на 1 стр.)

Владимир Филиппович во всех документах в графе «Социальное происхождение» неизменно писал: «Родился в семье бывшего крепостного крестьянина». Но сын крестьянина в царское время мог рассчитывать только на реальное училище. Это несоответствие никто никогда не мог объяснить. Только спустя годы выяснилось, что профессор лукавил – времена были такие, чем ниже происхождение, тем меньше вопросов. На самом деле семья Зелениных была весьма зажиточной. Отец арендовал мельницу и в городской иерархии занимал крепкое купеческое место. А значит, его дети имели право поступить в престижное учебное заведение.

Владимир учился с удовольствием. Как написано в его выпускном документе: *«Отличался прилежанием, старанием, усердием, вниманием»*. При этом был открытым и любознательным ребенком. И любил музыку.

После окончания Орловской гимназии Владимир перебрался жить в Петербург. Это были беспокойные времена. Уже активно распространялось революционное движение студентов – особой социальной прослойки населения, которую сегодня все историки в один голос называют уникальным, удивительным феноменом Российской Империи на стыке XIX и XX вв. Пропитанные стремлением к внутренней свободе, зараженные идеями высокого служения людям, студенты были готовы по любому поводу бастовать и бунтовать.

Именно в эту ершистую и бойкую братию, в самую ее гущу влился молодой Владимир Зеленин. О том его периоде жизни почти ничего не известно. Нет даже сведений, что послужило основным стимулом к поступлению Владимира Филипповича в Военно-медицинскую академию: желание стать лекарем или возможность получать стипендию? Известным остался только один факт его биографии: участие второкурсника Зеленина в студенческих волнениях 1902 г. у Казанского Собора в Петербурге, его дальнейшее заключение в знаменитые «Кресты» и громкое исключение из числа будущих военных медиков...

Из «Крестов» Владимир был освобожден через три месяца уже в статусе отчисленного из Военно-медицинской академии. К счастью, в дореволюционной России репрессированные по политическим мотивам не лишались права на образование. Более того, Департамент полиции сам написал ходатайство о том, чтобы бывший студент смог заново начать обучение в Москве.

И уже в сентябре того же года Владимир Зеленин становится студентом 2 курса медицинского факультета Императорского Московского Университета, из стен которого он вышел с красным дипломом лекаря и с обязанностью отслужить в армии в качестве военного врача. Так молодой лекарь попал на службу в 1-ую Гренадерскую артиллерийскую бригаду, которая летом дислоцировалась в Москве, а зимой – в Торжке. Свою первую врачебную практику Владимир Филиппович всегда вспоминал с улыбкой. Мол, первое место работы было на бричке. Офицеры постоянно ездили на учения, и Зеленину приходилось колесить вместе с ними. Именно в это время молодой военный доктор задумался о диссертации. В этой тряской бричке, сидя между людьми в бушлатах, он начал писать свою первую научную работу. Прямо на ходу.

Начало XX в. ознаменовалось внедрением в диагностическую практику одного из самых величайших изобретений в мировой медицине – электрокардиографа... В 1904 г. первые сведения о нем в Россию с международного конгресса физиологов «привез» казанский исследователь Александр Филиппович Самойлов. Уже через два года он приобрел для своей лаборатории струнный гальванометр и внес ряд усовершенствований, которые сделали прибор более точным. А еще через два года с помощью нового метода смог поставить диагноз митрального стеноза. Увеличение зубца Р на кривой ЭКГ позволило ему сделать вывод, что левое предсердие обследуемого больного работало с сильной нагрузкой. Но это был единичный случай...

Профессор В.Ф. Зеленин

...Владимир Зеленин внимательно изучил информацию об электрокардиографе, который ему дал профессор Чирвинский. Он сразу же понял, что у этого прибора может быть большое будущее. В 1910 г. в «Военно-медицинском журнале» младший полковой врач Зеленин опубликовал свою первую статью под названием «Электрокардиограмма», где речь шла о значении метода электрокардиографии для физиологии, общей патологии, фармакологии и клиники. А в 1911 г. блистательно защитил диссертацию «Изменения электрокардиограммы под влиянием фармакологических средств группы дигиталина».

В том же году доцент Зеленин выступил на III съезде российских терапевтов с двумя докладами: «Об электрической регистрации фаз сердечной деятельности» и «О диагностическом значении токов действия сердца». Скептически настроенным слушателям он смог наглядно показать как желудочки сердца самостоятельно потенцируют электрическую энергию. *«Аналогично двум гальваническим батареям, соединенным параллельно»*. А для иллюстрации этой самостоятельности Владимир Филиппович производил частичный разряд этих батарей, отводя электричество попеременно от правого и левого желудочков.

Триумф докладов на III терапевтическом съезде окончательно определил главный научный интерес Владимира Филипповича Зеленина, который в итоге позволил потомкам называть его основоположником электрокардиографического метода диагностики болезней сердца в нашей стране.

Именно после череды выступлений и публикаций Зеленина в России началась масштабная апробация метода диагностики болезней сердца. Ученые решительно подхватили эстафету изучения ЭКГ в клинической практике.

...В январе 1914 г. на средства, оставленные терапевтической клинике Московского университета по завещанию покойного профессора Леонида Ефимовича Голубинина, был открыт электрокардиографический кабинет с аппаратом Бок-Тома, которым стал заведовать приват-доцент Зеленин. Еще один активно использовавшийся электрокардиографический аппарат в Москве был приобретен Зелениным для собственного Кардиологического института.

Так, с легкой руки Владимира Филипповича в России впервые был использован термин «кардиология».

Двухэтажный особняк имел роскошный парадный вход. Комнаты с 3,5-метровыми потолками и лепными карнизами отличались цветным наборным паркетом и голландскими печами с бронзовыми вьюшками. В части комнат Зеленин жил со своей семьей, в другой – организовал палаты для кардиологических больных и кабинеты для проведения лечебных процедур. Но главной гордостью Зеленина в доме был подвал с дизельной электростанцией для обеспечения энергией электрокардиографа, оборудованного зеркальным гальванометром.

Одним из первых больных Кардиологического института стал Иван Владимирович Цветаев, отец известной русской поэтессы Марины Цветаевой – историк, археолог, филолог и искусствовед, профессор Московского университета и создатель Музея изящных искусств имени императора Александра III при Московском императорском университете, ныне известного как Государственный музей изобразительных искусств им. А.С. Пушкина.

У Цветаева случился удар. В письме к своему другу Нечаеву-Мальцеву он писал: *«Пишу Вам не собственной рукой, потому что вот уже четвертый день лежу по указу врача, не смея поднять головы. Случился со мной обморок с потерей речи, временным параличом»*.

Вообще в течение всей жизни Зеленин уделял большое внимание психосоматическим аспектам болезней. Он часто писал о «неврозах сердца», «большом вегетативном кризе» и «вегетативных бурях». И для нормализации таких болезненных состояний предлагал различные лекарственные вариации препаратов валерианы, мяты перечной, боярышника, горицвета, ландыша майского и брома. В одном из ранних изданий имеется рецепт, который сам Зеленин никак не выделял: валериана, ландыш, ментол и белладонна. Но именно эта комбинация «ушла в народ».

В 1952 г. в маленьком поселке Калининской области младший сын профессора Александр Зеленин, тогда еще студент 2-ого Московского медицинского института, с удивлением услышал словосочетание «капли Зеленина». Врач-терапевт местной больницы назначил их своему пациенту. В ответ на свое недоумение Александр получил ответ, что это «очень эффективное и к тому же дешевое средство». Вернувшись в Москву, он сразу же рассказал отцу про этот случай: *«Он очень удивился моему рассказу, который его даже взволновал. Он сказал, что никаких специальных капель не создавал и не претендует на авторство»* (Александр Зеленин, «Владимир Филиппович Зеленин. Время и судьба»). Но этот рецепт прочно вошел в обиход под именем профессора. Среди населения «капли Зеленина» популярны до сих пор.

...Уже будучи начальником Управления учебных заведений Народного комитета просвещения РСФСР Федор Петров серьезно поддержал своего лечащего доктора и помог ему в реализации грандиозного проекта, который навсегда вошел в историю отечественной медицины как Медико-биологический институт.

В небольшом здании на углу Петровки и Страстного бульвара было открыто первое лечебное заведение, в названии которого фигурировало слово «терапия». Институт функциональной диагностики и экспериментальной терапии – любимое детище Владимира Филипповича Зеленина.

Работу нового НИИ, который в скором времени переименовали в Медико-биологический институт, профессор организовал новаторски. Главной же целью стало *«развитие кардиологии в комплексе с физиологией, приборной техникой и фармакологией»*. Для этого он сумел привлечь крупные научные силы: ответственными сотрудниками института были Богомолец, Давиденков, Кулябко, Серейский, Штерн, Вовси, Лихциер, Фогельсон и многие другие достойные врачи того времени.

Будучи одним из самых преданных учеников профессора, а потом и другом, Лихциер оставил потомкам удивительный портрет Зеленина.

Не могу не вспомнить своего смущения, когда в первый раз после приглашения к нему на дом вечером

Семья Зелениных. Орловская губерния. 1890 г. Крайний справа во втором ряду Владимир Зеленин

Музыкальный кружок учащихся Орловской мужской гимназии 1890 г.

Карикатура. Типы студентов. Студент-медик. 1898 г.

для обсуждения какой-то моей работы Владимир Филиппович подал мне, ассистенту, пальто и помог надеть его в великолепной старорусской интеллигентной манере. Он относился с большим уважением к каждому, никогда не наносил никакого ущерба человеческому и врачебному достоинству любого врача, как бы ни скудны были его знания. Он всячески способствовал выработке в каждом из молодых начинающих сотрудников чувства собственного достоинства и самоуважения. Это давало лучшие результаты, чем нотации и упреки. Излишне говорить, что в палате не могло быть и речи о каком-либо замечании врачу. Если профессор это делал, то в коридоре, вдали от палаты и всегда корректно».

И действительно, у профессора Зеленина был свой метод обучения молодых докторов. Все его обходы неизменно превращались в спонтанные мини-конференции, которые могли проходить в самом неожиданном месте, в коридоре или его кабинете. Он всячески поощрял сотрудников за высказывания о больных и не забывал горячо хвалить за верно схваченную деталь.

Между тем Медико-биологический институт процветал. Коллектив сотрудников начал выпускать «Медико-биологический журнал», именно на его страницах вышла новаторская работа Зеленина «Фонограмма предсердий и «пушечный» тон при сердечной блокаде».

Появились на страницах журнала и «Основы клинической электрокардиографии» – первое отечественное руководство по использованию ЭКГ в клинике, которую Зеленин написал в соавторстве с еще одним своим учеником, профессором Лазарем Израилевичем Фогельсоном. Позже данная монография получила первую премию Народного Комитета просвещения СССР и была неоднократно переиздана.

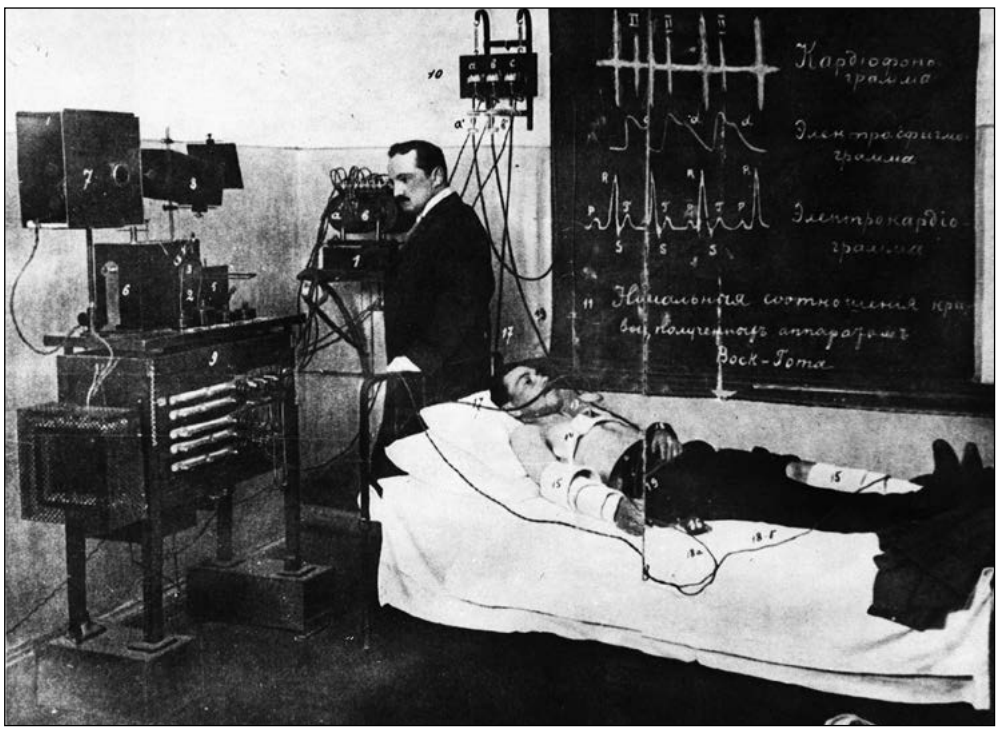
Фогельсон оказался очень способным учеником и одаренным ученым и очень быстро занял пост заместителя директора Медико-биологического института. В 1930-е гг. он активно публиковал результаты своих исследований, которые провел в стенах института: «Болезни сердечной мышцы» и «Болезни сердца и сосудов».

К сожалению, судьба этого института оказалась роковой – спустя десять лет его ликвидировали, а все архивные документы оказались уничтожены.

С 1936 г. жизнь Зеленина была связана с армией. С началом войны было принято решение эвакуировать сотрудников кафедры в Омск. В этом далеком северном городе Зеленин трудился два военных года.

В январе 1944 г. Зеленину предложили стать Главным терапевтом Наркомздрава СССР – ответственный, важный пост, в компетенции которого было медицинское обслуживание советской армии и сети военных госпиталей. Еще через полгода на имя Зеленина принесли правительственную телеграмму об утверждении профессора академиком недавно сформированной Академии медицинских наук СССР. В этой почетной организации Зеленину предложили войти в президиум АМН СССР и занять высокий пост академика-секретаря.

Не все так просто было на посту академика-секретаря. Вечные «подковерные» игры, связанные с выборами новых членов, и необходимость постоянного согласования кандидатур по непонятным для Зеленина критериям все больше выбивали его из колеи. Усиливалось давление на культуру и науку, нарастал правительственный антисемитизм, по стране прокатилась волна первых репрессий.



В.Ф. Зеленин у электрокардиографа в Кардиологическом институте при собственном санатории. 1916 г.

Из воспоминаний сына, А.В. Зеленина: *«В таких условиях при складе личности Владимира Филипповича и при его убеждениях постоянное «вращение» в высокопоставленных кругах становилось для него все более некомфортным. Кафедра, институт, академия, научно-литературная работа (переиздание книг, обязанности заместителя главного редактора журнала «Советская медицина», редактора «Терапевтического справочника») – такая совокупность нагрузок требовала молодой энергии, крепкого здоровья. Между тем природное здоровье, которое сопровождало его до 70 лет, стало сдавать».*

Успешный в 1920-е годы организатор и руководитель не смог вписаться в политическую конъюнктуру послевоенных лет. В атмосфере прессинга Зеленину пришлось оставить свой высокий пост в Академии медицинских наук СССР. А чуть позже он решился освободить и кресло директора Института терапии АМН СССР, которое сразу же досталось относительно молодому, но уже достаточно известному академику, ленинградскому терапевту Александру Леонидовичу Мясникову.

Осенью 1945 г. в Горьком состоялось Всесоюзное совещание по гипертонической болезни, на котором профессор Зеленин выступил с докладом о лечении этого заболевания. Созданная им классификация развития гипертонии по стадиям стала самым главным его достижением в этой области.

В начале мая 1947 г. Зеленина попросили срочно собраться для поездки в Киев. К кому – не сообщили. Только по приезду выяснилось, что заболел первый секретарь ЦК КП(б) Украины Никита Сергеевич Хрущев. Он простудился во время первомайской демонстрации, простояв несколько часов подряд на холодном ветру на трибуне. Началось осложнение в виде крупозной пневмонии, развитие которой остановить никак не удавалось.

Вовси и Зеленин смогли доказать целесообразность пенициллиновой терапии. Ведь самым важным было не допустить перехода процесса на второе легкое. К счастью, Никита Сергеевич пошел на поправку.

К середине XX века накопленный клинический опыт позволил Зеленину составить собственную классификацию кардиологических состояний. В первую очередь профессор окончательно ввел во врачебный лексикон понятие «стенокардия». Он считал, что популярный в то время термин «грудная жаба» не корректен и даже травмирует психику больных. Далее – категорично отделил стенокардию от инфаркта миокарда и в качестве критериев диагностики инфаркта миокарда предложил следующее разделение: – длительные стенокардические боли; – шум трения перикарда (при локализации инфаркта на передней поверхности сердца); – повышение температуры тела; – лейкоцитоз и увеличенная скорость оседания эритроцитов; – «коронарный» зубец Т на ЭКГ. Также именно с легкой руки Зеленина в терапии ангинозных приступов появился нитроглицерин. Отметил он и необходимость применения морфина, как средства обезболивающего, успокаивающего и уменьшающего гипоксию миокарда. И до сих пор оба препарата входят в стандарт неотложной помощи при инфаркте миокарда.

Особый интерес для практикующих врачей представляет предложенный Владимиром Филипповичем алгоритм ведения кардиологических больных. В разделе «Методика изучения больного с пороком сердца» монографии «Пороки сердца» он рассмотрел все важнейшие этапы диагностического процесса: сбор анамнеза, жалоб и осмотр больного.

Однажды на прогулке 70-летний профессор почувствовал себя плохо. Он сразу же понял: испытываемые им дискомфортные ощущения сигнализируют о скором развитии инфаркта миокарда. Именно тогда он в описании своих симптомов впервые произнес фразу «предынфарктное состояние».

Сегодня каждый кардиолог досконально знает что такое «острый коронарный синдром», но тогда это состояние было неизвестно. Именно Зеленин, проанализировав собственные болезненные ощущения, смог первым, точно и емко, его описать: «предынфаркт».

Этот пережитый на собственном сердце инфаркт подсказал Владимиру Филипповичу еще одну идею, которая сегодня считается краеугольным камнем во всей медицине: болезнь важно не запустить, а еще лучше – предупредить.

В 1955 г. Владимир Зеленин написал удивительную для того времени книгу «Как укрепить сердце», адресуя ее в первую очередь людям, не имеющим к медицине никакого отношения. В ней он рассказал о деятельности сердца и кровеносных сосудов, предупредил о факторах риска, подсказал, как в содружестве с лечащим врачом распознать болезнь в самом начале ее развития и как организовать свою жизнь, чтобы способствовать ее излечению.

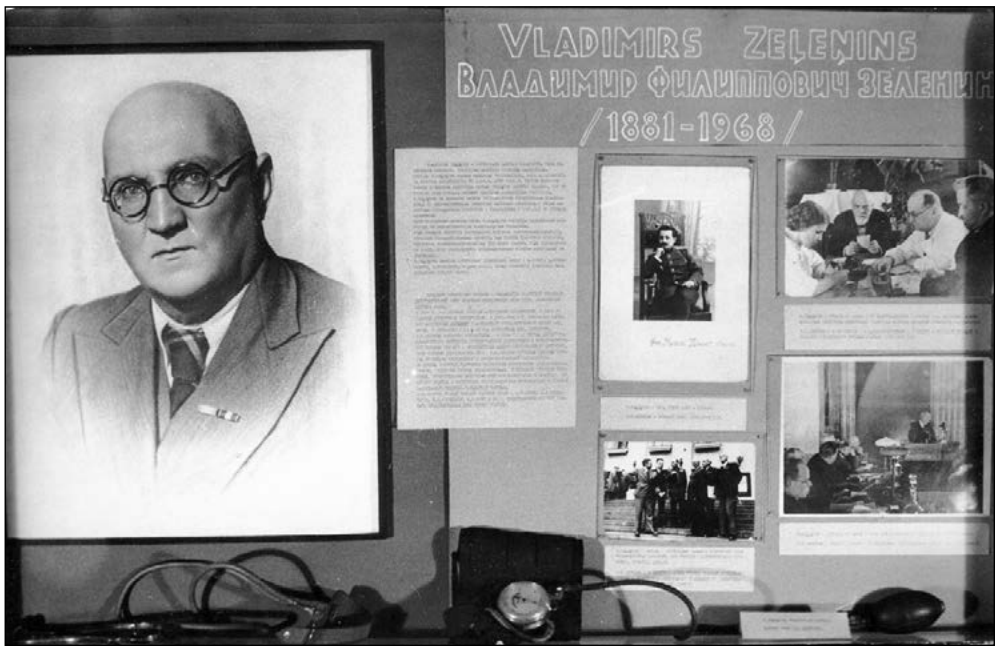
В январе 1953 г. в центральных российских газетах и на радио появилось сообщение о разоблачении преступной организации медработников, которые *«назначали высокопоставленным пациентам заведомо противопоказанные им по характеру заболевания препараты, что приводило к смерти пациентов»*. Так страна узнала о теперь уже печально знаменитом «Деле врачей», которое коснулось многих видных медицинских деятелей того времени.

Арест сделал Владимира Филипповича персоной non grata. Были сразу же заморожены все планируемые публикации его работ. А в готовившемся к печати 16 томе 2-ого издания Большой советской энциклопедии изъяли статью об основателе отечественной клинической электрокардиографии В.Ф. Зеленине. Вместо нее была написана статья о... зеленой лягушке – несуществующем виде бесхвостого земноводного, срочно придуманном сотрудниками издательства.

После смерти Сталина напряжение вокруг «Дела врачей» стало разряжаться. В середине марта, с запозданием, вышел февральский номер журнала «Терапевтический архив», в котором оказалась статья с классификациями стадий гипертонической болезни по Зеленину. А в конце марта неожиданно объявили большую амнистию для осужденных по политическим статьям. Это были хорошие знаки.

В последние годы своей жизни профессор с головой окунулся в научно-литературную работу. В это время он написал многочисленные статьи, которые резюмировали накопленные им клинические знания. Выкристаллизовал и обобщил богатый врачебный опыт в своих самых лучших книгах, переиздаваемых и по сей день: «Справочник участкового врача», «Пороки сердца» и, конечно же, «Болезни сердечно-сосудистой системы», которые называют не иначе как «лебединой песней» профессора Зеленина.

А.Л. ВЕРТКИН,
профессор.
Материал подготовлен совместно
со студентами лечебного факультета
МГМСУ им. А.И. Евдокимова:
**Р. АЛЕКСЕЕВЫМ, П. ДЮПИНЫМ,
Е. ЖАРИКОВОЙ, А. ЗАГИДОВОЙ,
Е. МЕЛЬНИКОВОЙ, К. КАРНОУХОМ,
С. СЕМИНЮРОЙ**



Стенд, посвященный В.Ф. Зеленину. Музей истории медицины, г. Рига

Ф.Н. Петров в гостях у семьи Зелениных. Прим. 1934 г.

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР РНМОТ

В первом полугодии 2016 г. Учебный центр РНМОТ провел 16 школ (7 в Москве и 9 в региональных отделениях). Их тематика включала наиболее актуальные вопросы внутренней медицины, имела междисциплинарный подход («Стратегия диагностики и лечения, острых респираторно-вирусных инфекций и гриппа в практике терапевта», «Современные возможности диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии в клинике внутренних болезней», «Мультиморбидный пациент с ревматическими заболеваниями в клинической практике терапевта», «Лабораторные исследования в современной терапевтической клинике. Часть 1. Общий анализ крови», «Особенности ранней диагностики и лечения орфанных заболеваний в практике терапевта», «Гастроэнтерологические заболевания в практике терапевта», «Место цитопротективной терапии в клинике внутренних болезней» и др.).

Школы очно посетило 2536 участников, 1709 слушателей смогли увидеть мероприятие в режиме реального времени через мобильное приложение. Лекторский состав был представлен ведущими специалистами как московских вузов, так и региональных учебных заведений. Каждое из проведенных мероприятий было аккредитовано Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования МЗ РФ.

Количество зачетных единиц в зависимости от продолжительности составило 5–6 кредитов. Все мероприятия согласовывались с местным органом управления здравоохранения.

Информационное обеспечение осуществлялось путём индивидуального приглашения участника через интернет или по телефону. Тематика каждой встречи составлялась с учетом региональных особенностей и имела междисциплинарный подход (инфекционисты, клинические фармакологи, иммунологи, ЛОР и др.) Каждый участник получал раздаточный материал: рабочую тетрадь, план проведения школы, анонс мероприятий, входной и выходной тесты, анкеты с оценкой мероприятия и др. В процессе разработки находятся следующие опции: регистрация участников на сайте, входной тест, отзыв о школе, оценка лекторов, комментарии, т.н. «обратная связь».

В структуре участников мероприятий 79% – это представители лечебно-профилактических учреждений департаментов здравоохранения, 16% – федеральных, 5% – коммерческих учреждений. Преобладали врачи-терапевты – 69%, из других специальностей гастроэнтерологи составили 9%, кардиологи – 8%, врачи общей практики – 6%, инфекционисты – 4%, других специальностей – 4%. Эти цифры несколько менялись в зависимости от тематики школы.

На основании анализа результатов входного и выходного тестов участников школ можно сделать вывод, что количество правильных ответов (по сравнению с первоначальным уровнем знаний) было повышено на 37%. На основании входного теста обращает на себя внимание достаточно низкий уровень знаний слушателей (31% правильных ответов). Оценка проводимого мероприятия проводилась участниками добровольно (количество положительных ответов), так «полезность» и «доступность» информации была положительно оценена 97% участников, «связь с работой» – 93%, общая оценка мероприятия – 99%. Мы считаем, что это очень высокий результат.

Специалисты Учебного центра приглашают посетить новую IT-платформу РНМОТ. На ней реализовано единое интегрированное решение, позволяющее использовать данные, находящиеся как на сайте, так и в приложении. Пользователь сможет войти в приложение, воспользовавшись личным кабинетом, созданным на сайте, и прочитать последние новости и любую информацию (как на сайте, так и в приложении). Возможности мобильного приложения значительно расширены. Оно повторяет функционал сайта, добавляя удобства мобильного устройства (интеграция с календарем и почтой, геолокация и карты, push-уведомления и др.).

Функционал Учебного центра позволяет использовать все возможности современных систем управления обучением (интерактивные электронные модули для дистанционного обучения с тестовым контролем, онлайн вебинары, гибкое управление пользователями, расширенная отчетность).

Интеграция непрерывного медицинского образования Учебного центра с системой Совета (НМО) позволяет отображать в личном кабинете на сайте или в мобильном приложении не только полную статистику обучения, но и накопленные баллы. Дальнейшее развитие предусматривает разработку различных инструментов коммуникации между врачами (социальная интеграция); сервис консультирования врачей; объединение публикационной и исследовательской активностей врачей на платформе.

За участие в аккредитованных мероприятиях, проводимых РНМОТ, врачам выдаётся свидетельство с определенным числом образовательных кредитов. Для того чтобы данные кредиты активировать, необходимо провести следующие процедуры:

1. Зарегистрорироваться и сформировать личный кабинет (сайты Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования www.sovetnmo.ru и www.edu.rosminzdav.ru).

2. Заявить о желании получить образовательный кредит (пройти процедуру регистрации).

3. Забрать на стойке регистрации свидетельство (по окончании мероприятия).

4. Внести индивидуальный код в личный кабинет (www.sovetnmo.ru или www.edu.rosminzdav.ru). Зачисленные образовательные кредиты отобразятся в индивидуальном учебном плане.

По нашему мнению, внедрение НМО позволит модернизировать существующую систему дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования, что в итоге обеспечит существенное повышение квалификации медицинских кадров.

Российское научное медицинское общество терапевтов приглашает врачей активно внедрять новые формы НМО. Сегодня Учебный центр РНМОТ является межрегиональным, что позволяет ему более активно участвовать в реализации процесса непрерывного медицинского образования. Разработанные образовательные программы адаптированы для конкретного региона, учитывают особенности течения заболеваний, в их реализации обязательно участвуют ведущие специалисты местных вузов.

А.А. СПАССКИЙ,
профессор,
Генеральный сек. РНМОТ,
А.А. МИХАЙЛОВ,
д.м.н., член правления РНМОТ

ЛЮБОВЬ К ПОЛЕЗНЫМ КАДРАМ

Для молодого вуза, в том числе профильного, качество подготовки его выпускников чуть ли не самое главное. Действительно, кто не любит, кто не ждет хорошего специалиста! Но если при этом высок процент трудоустройства молодых после окончания учебного заведения, то это уже успех, заметный результат.

Мы беседуем на эту тему с ректором Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академии (СПХФА) Игорем НАРКЕВИЧЕМ.

Игорь Анатольевич, давайте начнем с того, какая молодежь приходит сегодня в вуз. Есть мнение, что уровень абитуриентов сейчас крайне низок.

Не думаю, что такая точка зрения превалирует. Я бы так не сказал. Наоборот, мы с каждым годом получаем все более грамотных и мотивированных молодых людей. А разговоры о низком качестве абитуриентов – скорее всего признание собственной несостоятельности.

Итак, о трудоустройстве. Основная проблема в том, что уровень зарплат в бизнесе для молодежи существенно выше, чем в вузе. И это непростая задача, сделать так, чтобы ребята оставались на кафедрах вуза. Вторая проблема – возрастной разрыв. Сейчас основу коллектива составляют две основные группы: старшее поколение – люди 45–50 лет и, с другой стороны, молодежь в возрасте 20–25 лет. А среднего звена нет – людей 30–40 лет – оптимального возраста, когда есть необходимый уровень и знаний, и опыта, и физических сил.

Еще одна проблема – техническая оснащенность. Потому что современная биофармацевтика, биотехнологии, химическая технология – все, что связано с созданием и разработкой лекарств, стоит дорого – оборудование, реактивы. Это требует затрат. Необходимо искать источники финансирования. Они могут быть различными – от грантовой поддержки – как государственной, так и негосударственной, до создания совместных кафедр вместе с работодателями.

Как в академии решается этот вопрос?

Во-первых, наша академия включена в программу «Фарма-2020». Кроме того, мы развиваем Центр превосходства. И одним из его важных элементов является GMP тренинг-центр. Как раз сейчас на площадке заканчивается монтаж оборудования. Планируется, что к концу года он начнет работать. Что касается финансов, то 90% средств вложено по программе «Фарма-2020», а 10% со стороны вуза.

Некоторые фармацевтические компании, которые ответственно подходят к кадровому вопросу, реализуют с нами совместные проекты. В частности, у нас есть совместная кафедра с компанией Биокад. Плюс мы можем использовать их оборудование в их центре в Нойдорфе в процессе обучения. Второй пример – лаборатория компании Саториус на кафедре биотехнологии.

Есть еще проект компании Пфайзер – «Больше, чем образование». Он имеет тенденцию к саморазвитию. В этом проекте работаем не только мы, но также коллеги из Томска, Беларуси, Казахстана. Санкт-Петербургская химико-фармацевтическая академия имеет партнерские отношения со всеми фармпредприятиями Петербурга. Нам помогают и Полисан, и Фармацевтическая фабрика Санкт-Петербурга, и компания Роста, и Вертекс. Если мы говорим о подготовке специалистов для промышленности – они проходят практику на 50 заводах в России. При этом мощная поддержка работодателей на всех этапах гарантирована. Более того, такое отношение компаний к своему кадровому потенциалу позволило нам вернуться к давней традиции – на учебу, на производственные площадки вместе со студентами ездят преподаватели, что, безусловно, делает обучение еще более эффективным.

Несмотря на все усилия профильных вузов и очевидные подвижки в данном направлении, фармкомпании не перестают говорить о кадровом дефиците для реального производства.

Действительно, разрыв между учебными программами и реальным кадровым заказом существует. Но здесь надо понимать одну важную вещь. ФЦП «Фарма-2020» инициирована в 2010 г. А до этого 20 лет в России фармобразованием никто не занимался. Вузы выживали как могли – набирали заочников, контрактников. Не было сформированного заказа на фармацевтическую науку. Она никому была не нужна. А ведь если 20 лет вопрос был забыт, сейчас в одночасье результат не появится. Вторая сторона вопроса – у отрасли отсутствовало видение целей. Чего бы именно она хотела в плане кадрового потенциала? Только сейчас появляются какие-то конкретные ожидания, запросы от фармпредприятий. Только сейчас появилась возможность диалога с компаниями. И то, когда задаешь им простые вопросы: вы на практику готовы студентов брать? – Нет. Сколько молодых специалистов в год вы берете? – Никого. Какие кадры вы хотите? С двадцатилетним стажем работы? Те компании, кто вкладывался в молодежь изначально, – Такеда, Р-Фарм, Биокад, Герофарм – они сейчас получают отличные результаты. И мы довольны сотрудничеством. Процесс взаимодействия взаимовыгоден.

Мы отправляем студентов для обучения за границей, в частности, летом этого года в рамках проекта «Больше, чем образование» они находились на двухмесячной стажировке в Италии и Америке. На большие сроки мы их не отправляем. Во-первых, потому что есть проблема в гармонизации образовательных процессов между российской и зарубежной практикой. То, что приемлемо для гуманитариев, неприемлемо для медицины. Биотехнология, химическая технология – достаточно специфичная отрасль, где очень трудно гармонизировать учебные планы. На уровне постдипломного образования – проще. А по большому счету развиваться надо во всех направлениях – и собственный опыт налаживать, и быть на связи с зарубежными коллегами – следить за развитием международных тенденций.

Я очень осторожно отношусь к слепому переносу зарубежных бизнес-процессов на нашу почву. Важно зарубежный опыт правильно транслировать на наши реалии и использовать с максимальным эффектом для нашей страны. По аналогии – как есть трансфер промышленных технологий, так же есть понятие трансфер образовательных технологий. Мы, например, знаем, что у финнов замечательная система поддержки инноваций. Но у нас она пока не работает. И тем не менее, мы хотим понять как она действует. Фарма – это уже не промышленность отдельно взятой страны, это транснациональная гигантская отрасль. Самодостаточность свою отстаивать, безусловно, надо. Но надо при этом ее все время развивать, наполнять идеями.

Беседу вела
С. ПЕТРОВА,
спец. корр. газеты
по Северо-Западному
федеральному округу

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ «ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ»

Указом Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» Правительству РФ была поручена разработка стандартов, направленных на унификацию и повышение профессионального уровня работников.

Необходимость принятия профстандартов для медицинских профессий была вызвана тем, что характеристики должностей, содержащихся в «Едином квалификационном справочнике», недостаточно соответствуют реалиям и современным требованиям.

Стандарты используются работодателями при формировании кадровой политики и качественного управления персоналом, организации обучения и аттестации сотрудников, разработке должностных инструкций, тарификации работ, присвоении тарифных разрядов и т.д.

Структура профессионального стандарта установлена Приказом Минтруда России от 12.04.2013 № 147н «Об утверждении Макета профессионального стандарта» (в ред. от 29.09.2014).

Основное внимание обращено на выделенные обобщенные функции, уровень квалификационной функции, трудовые функции и действия должны быть выполнены работником в рамках своей профессиональной сферы, какими знаниями и умениями он должен обладать.

По поручению МЗ РФ и президента Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаля к составлению профессиональных стандартов для медицинских специальностей были привлечены научные сообщества и медицинские вузы.

Российское научное медицинское общество терапевтов приняло активное участие в составлении двух документов – «Профстандартов для участкового врача-терапевта (Врач-лечебник)» и «Профстандартов по специальности «Терапия» для обучающихся в клинической ординатуре по данной специальности.

Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» была отменена интернатура по терапии, произведено сокращение учебных часов на обучение по данной специальности, но предусмотрено, что выпускники лечебных факультетов непосредственно после окончания обучения должны сразу же приступить к выполнению должностных обязанностей в качестве участкового врача.

В соответствии с общероссийским классификатором занятий, профессия врач-лечебник (врач участковый терапевт) соответствует группе 2 «Специалистов высшего уровня квалификации», код 2211 – «Врачи общей практики».

В соответствие с общероссийским классификатором видов экономической деятельности профессия врач-лечебник относится к разделу 86 «Деятельность в области здравоохранения», разделы 86.10 «Деятельность лечебно-профилактических организаций, включая деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений, амбулаторий и поликлиник».

Разработку профессионального стандарта «врач-лечебник (врач участковый терапевт)» в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными приказом Минтруда России от 29.04.2013 № 170н. осуществил Волгоградский ГМУ (руководитель группы – профессор С.В. Недогода).

Данные стандарты, определяющие основную (обобщенную) трудовую функцию врача-участкового терапевта и включающие перечень возможных наименований должностей, требования к образованию и последующему непрерывному постдипломному обучению, прочие характеристики, перечисляют трудовые действия, необходимые знания и умения в диагностике, лечении и профилактике заболеваний внутренних органов, а также предусматривают обобщенную трудовую функцию: «Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Планируется, что эти стандарты будут приняты для выпускников лечебных факультетов уже в следующем 2017 г.

Помимо этого, РНМОТ осуществил разработку профессиональных стандартов для специальности «Терапия» для врачей, получающих дополнительное медицинское образование в клинической ординатуре по данной специальности.

В соответствии с установленным порядком были осуществлены следующие этапы:

а) подготовка проекта профессионального стандарта, включающая:

- формирование рабочей (экспертной) группы, в состав которой вошли специалисты, обладающие практическим опытом работы в структуре амбулаторно-поликлинического звена, понимающие в организации здравоохранения, обладающие опытом разработки образовательных программ дополнительного профобразования для данной категории работников (проф. Л.Б. Лазебник, доц. С.В. Левченко, проф. И.А. Комиссаренко);
- анализ состояния и перспектив развития вида профдеятельности с учетом отечественных и международных тенденций;
- проведение анализа нормативной, методической, учебной, технологической документации по виду профдеятельности и по отдельным трудовым функциям в этой области;
- подготовка проекта проф. стандарта, включающего описание основных обобщенных трудовых функций.

б) профессионально-общественное обсуждение проекта профессионального стандарта, в том числе: размещение проекта на сайтах Российского научного медицинского общества терапевтов и Минтруда России;

- проведение межрегиональных круглых столов, семинаров и других публичных мероприятий для представителей профессионального сообщества, работодателей, их объединений;
- сбор, анализ и систематизация замечаний и предложений по совершенствованию проекта профессионального стандарта;
- анкетирование и интервью со специалистами в области первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе на страницах спецвыпусков газеты «Интерфарммедика»;

в) доработка и согласование проекта профессионального стандарта, которая включала:

- внесение изменений в содержимое проекта профессионального стандарта с учетом высказанных в процессе обсуждения замечаний;
- согласование проекта с ведущими профильными профессиональными ассоциациями и союзами федерального уровня;
- представление проекта профессионального стандарта в Минтруда России.

Обсуждение стандартов по специальности «Терапия (ординатура)» прошло во всех региональных подразделениях РНМОТ с активным участием Челябинска, Астрахани, Перми и многих других городов РФ. Получено более 40 поправок, поддержано подробное перечисление компетенций врача (по синдромам и нозологиям).

Вместе с тем при подготовке стандартов по специальности «Терапия» и определении компетенций врача-терапевта (а следовательно, его профессиональных обязанностей) мы столкнулись с давней проблемой – отсутствием дефиниции специальности «терапия» и специалиста «врач- терапевт», которые мы выносим сегодня на обсуждение:

«Терапия – медицинская дисциплина, изучающая системные проявления заболеваний, методологию и методики их диагностики (выявления), лечения (устранения) и профилактики (предотвращения развития самого заболевания или его обострения) с использованием исключительно логистических методов без непосредственного участия врача в проведении каких-либо внутриорганных вмешательств».

«Терапевт – врач с высшим медицинским образованием и специализацией по терапии, эрудированный специалист по системным проявлениям заболеваний, синдромологии, полиморбидности, дифференциальной диагностике и дифференцированному лечению, постоянно совершенствующий свой профессиональный уровень, умеющий оценить и истолковать данные клинического и технологического обследования, своевременно определить характер любого заболевания или состояния, выставить достаточно точный диагноз, назначить обоснованное лечение с контролем эффективности по промежуточным и конечным точкам, своевременно привлечь специалиста более высокого профессионального уровня или иной специальности с целью оказания больному качественной лечебно-диагностической помощи».

На XI Национальном конгрессе терапевтов планируется обсуждение проекта.

Л.Б. ЛАЗЕБНИК, С.В. ЛЕВЧЕНКО,
И.А. КОМИССАРЕНКО

АРТ-ГИПЕРТОНИЯ ИЛИ ПРАВИЛА ХОРОШЕГО ВКУСА

В Москве состоялся уникальный медицинский спектакль

В одно прекрасное ноябрьское субботнее утро кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова, компания Гедеон Рихтер и Московский экспериментальный молодежный театр под руководством Вячеслава Спесивцева провели необычную арт-конференцию, посвященную первому в России инновационному комбинированному препарату Эквамер, предназначенному для лечения артериальной гипертонии (АГ) и дислипидемии.

Опираясь на классику

Однажды мы подумали: а не рассказать ли о современной медицине, о наиболее распространенных и актуальных для практического врача болезнях, о новых возможностях лечения, опираясь на классику русской литературы.

Выбирая с кого и с чего начать, вспомнили первую строфу у Петра Андреевича Вяземского: «Гоголь был судья и врач!..» Действительно, произведения Николая Васильевича Гоголя актуальны и по сей день. Они высмеивают никчемные и жалкие проявления человеческой натуры, от которых после прочтения гоголевских текстов, как от тяжелого недуга, излечивается не только обыкновенный человек, но и прогностически трудный пациент, а также его лечащий врач.

И, конечно, для этой цели лучше, чем бессмертная комедия Гоголя «Ревизор», которую ровно 180 лет тому назад впервые поставили на театральной сцене, едва ли что-то подходит.

Есть над чем задуматься

«Я решился собрать в одну кучу все дурное в России, какое я тогда знал, все несправедливости, какие делаются в тех местах и в тех случаях, где больше всего требуется от человека справедливости», – писал Гоголь.

Вот и мы пригласили в театр врачей поликлиник и стационаров Москвы и Московской области, чтобы сообщить им о новом препарате, который должен помочь обезопасить нас от той унизительной для великой страны несправедливости, связанной с трагедийными последствиями артериальной гипертонии (АГ).

И вот на сцене первая гоголевская картина: городничий в окружении известных персонажей рассказывает о приснившихся ему накануне каких-то двух необыкновенных крысах: «...Право, эдаких я никогда не видывал: черные, неестественной величины! Пришли, понюхали – и пошли прочь» и сообщает пренеприятнейшее известие: к нам едет ревизор, из Петербурга, инкогнито, да еще с секретным предписанием!».

Сон в руку

Да и нам, как в страшном сне, открывается печальная статистика – у умерших от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) АГ была у 96% (!) больных. По данным стационарных историй болезни и амбулаторных карт поликлиник одного из округов города Москвы, в 2013 г. АГ явилось причиной большого количества острых сосудистых катастроф. Звучит предостережение Гоголя! Пора давно уже наступила, ибо только в одну из московских поликлиник в том же 2013 г. обратилось более 23 тыс. пациентов с повышенными цифрами артериального давления (АД).

В этом и заключается миссия литературы: фразы, сказанные более 200 лет назад, имеют сегодня тот же смысл и актуальность. Много раз изданные, дополненные и исправленные, клинические рекомендации по ведению больных с АГ в реальной практике далеко не всегда соблюдаются. Скорее наоборот.

...И вот уже новая сцена, Городничий продолжает: «Так уж, видно, судьба! До сих пор, благодарение богу, подбирались к другим городам; теперь пришла очередь к нашему». Действительно, беда: гипотензивную терапию не получает каждый пятый (!) пациент с повышенными цифрами АД, а 60% больных с легкой руки докторов применяют монотерапию, во многих случаях категорически непоказанную.

Вместе с тем, согласно одному из последних метаанализов, снижение артериального давления даже менее рекомендованных величин значительно уменьшает риск развития двух наиболее фатальных для человеческого организма сердечно-сосудистых катастроф: инсульта и инфаркта миокарда.

Условием эффективного лечения АГ является коррекция факторов риска

В этом плане особого внимания заслуживает ожирение – главный виновник развития жирового перерождения гепатоцитов, приводящее к инсулинорезистентности и прогрессированию болезней сердца и сосудов. Последние данные мировой литературы позволяют позиционировать неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖБП) как новый предиктор развития ССЗ.

Так, в проспективном исследовании M. Hamaguchi и соавт. (2007) были обследованы в рамках профилактической программы 1,6 тыс. японских мужчин и женщин. НАЖБП диагностировали у 18,9 % пациентов. При этом средний возраст, индекс массы тела, систолическое и диастолическое артериальное давление, уровни глюкозы крови, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов были достоверно выше в группе НАЖБП. Метаболический синдром (МС) в 6 раз чаще выявлялся у лиц с НАЖБП: 38,1% против 6,5 %.

За период наблюдения ССЗ (стенокардия, ишемический инсульт, геморрагический инсульт, инфаркт миокарда) чаще возникали в группе НАЖБП ($p < 0,001$). Эти данные свидетельствуют о том, что выбор лекарственного препарата, вернее, учет его возможного влияния на печеночный метаболизм, во многих случаях является одним из главных критериев эффективной и безопасной гипотензивной терапии. Не правда ли, есть над чем задуматься?

Итак, на первом шаге необходимо признать, что пациенты с АГ обращаются за медицинской помощью, как правило, лишь тогда, когда болезнь находится в самом разгаре. Ей сопутствует коморбидность, факторы риска требуют незамедлительного назначения комбинированной терапии. О каком порядке можно говорить, если в реальной клинической практике комбинированная терапия осуществляется не многим более чем в 16% случаев!

Обоснование фиксированных комбинаций в терапии АГ

1. Действие на различные звенья патогенеза АГ.
2. Нейтрализация контррегуляторных механизмов.
3. Повышение отношения эффективность-переносимость.
4. Лучшая приверженность к лечению.
5. Более быстрое достижение целевого АД.
6. Увеличение числа респондеров.
7. Большая уверенность и приверженность.

А на сцене Добчинский и Бобчинский – городские помещики – нелепы и беспомощны, хотят что-то значить в общественном смысле, но обречены попадать впросак, смешны и трагичны, пытаются доказать свое участие в жизни города, не появись они сами – о них никто и не вспомнит, оттого и суетятся.

Лизинопроил: почему он?

Следующий шаг – выбрать лучший ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). К примеру – лизиноприл. Доказано, что он не метаболизируется в печени, у него нет эффекта первого прохождения через нее, сохраняет высокую терапевтическую активность. У лизиноприла нет лекарственного взаимодействия, он не влияет на фармакокинетику других средств, имеет большой период полувыведения (более 12 часов) и продолжительность эффективного действия около 30 часов. Последнее существенно повышает приверженность пациентов терапии.

Эффективность этого режима дозирования доказана с помощью суточного мониторирования АД. Препарат в дозе 20 мг назначался первой группе больных в 8.00, второй – в 16.00 и третьей – в 22.00. Степень снижения АД и продолжительность гипотензивного эффекта были одинаковыми во всех трех группах лечения.

В нескольких исследованиях сравнивалась эффективность лизиноприла и блокаторов ангиотензиновых рецепторов (БАР). Одинаковым по степени эффектом обладали 80 мг/сут телмисартана и 20 мг/сут лизиноприла. Сопоставимой также оказалась эффективность лизиноприла и лозартана. У пациентов с тяжелой АГ комбинация 8 мг кандесартана и 12,5 мг гидрохлортиазида (ГХТ) в сутки оказалась эквивалентной по эффективности с комбинацией 10 мг лизиноприла и 12,5 мг ГХТ.

В крупное исследование PREVAIL (The Blood Pressure Reduction and Tolerability of Valsartan in Comparison with Lisinopril study) были включены 1,2 тыс. пациентов с АГ I, II и III ст. (САД – 160–220 мм рт. ст., ДАД – 95–110 мм рт. ст.). Больные были рандомизированы для приема вальсартана в дозе 160 мг/сут или лизиноприла 20 мг/сут. При необходимости к терапии добавлялся ГХТ. Общая продолжительность лечения составила 16 недель. Снижение АД оказалось идентичным в обеих группах лечения – 31,2/15,9 мм рт. ст. и 31,4/15,9 мм рт. ст. соответственно.

Другая особенность лизиноприла – отсутствие «утечки» в жировую ткань. Это позволяет с успехом применять препарат у пациентов с избыточной массой тела, имеющих АГ, причем, что примечательно, в тех же самых дозировках, что и у пациентов с нормальной массой тела.

Наряду с этим накоплено достаточно доказательств протективного эффекта лизиноприла в отношении органов-мишеней. Лизиноприл предупреждает развитие гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) и вызывает при длительном лечении уменьшение его массы. В исследовании SAMPLE (Study on Ambulatory Monitoring of blood Pressure and Lisinopril Evaluation) пациенты в течение года получали лизиноприл в дозе 20 мг/сут, при необходимости в комбинации с ГХТ – в дозе 12,5–25 мг/сут. Лизиноприл не только достоверно снижал АД (по данным офисного измерения и суточного мониторирования), но и вызывал обратное развитие гипертрофии миокарда ЛЖ.

В исследовании ELVERA (Effects of Amlodipine and Lisinopril on Left Ventricular Mass) у 85 больных, получавших лизиноприл в дозе 10–20 мг/сут в течение двух лет, индекс массы миокарда уменьшился на 25,7 г/м^2.

Показано также, что терапия лизиноприлом способствует уменьшению объема левого предсердия и уменьшению фракции митральной регургитации даже у больных с органическим поражением клапанов сердца.

В другом схожем по дизайну исследовании 69 больных АГ, ранее не получавших антигипертензивное лечение, принимали амлодипин в дозе 5–10 мг/сут или лизиноприл в дозе 5–20 мг/сут в течение года. В обеих группах отмечался одинаковый регресс толщины интима-медиа сонных артерий. При этом просвет общих сонных артерий в конце лечения оказался значимо большим в группе лизиноприла, что, по-видимому, может быть связано с благоприятными структурными изменениями стенки сонных артерий при лечении ингибиторами АПФ.

...На сцене появляется ревизор, ну а Городничий в своем стиле продолжает: «Иной городничий, конечно, радел бы о своих выгодах; но, верите ли, что, даже когда ложишься спать, все думаешь: Господи Боже ты мой, как бы так устроить, чтобы начальство увидело мою ревность и было довольно?..»

Группы пациентов с АГ, которым предпочтительно назначение лизиноприла

Согласно всем известным клиническим рекомендациям, наиболее целесообразно в особенности у лиц с коморбидностью использовать фиксированные комбинации гипотензивных средств. Основные принципы комбинированной терапии были сформулированы еще в 1988 г. (M. Epstein и J. Oster) и заключались в следующем:

1. Потенцирование антигипертензивного эффекта, более значимого, чем при терапии одним препаратом.
2. Возможность уменьшения дозозависимых побочных эффектов за счет снижения дозы одного или двух препаратов.
3. Простота назначения и удобство для врача и пациента.
4. Простота подбора доз, что усиливает приверженность к лечению.
5. Меньшая, как правило, стоимость лечения, чем при монотерапии.

Комбинированная терапия позволяет также уменьшать побочные действия одного препарата через влияние другого с помощью следующих механизмов:

- биохимического (снижения гипокалиемии комбинацией тиазидовых диуретиков с ИАПФ или калийсберегающими диуретиками);
- гемодинамического (блокады b-адреноблокаторами рефлекторной тахикардии и мышечной дрожи, вызванной антагонистами кальция вазодилатацией);
- других (таких как отеки, возникающие при лечении антагонистами кальция и купируемые добавлением ИАПФ или диуретиков).

Лизиноприл эффективнее всего комбинировать с амлодипином, который усиливает сосудистое воздействие лизиноприла за счет блокады кальциевых механизмов вазоконстрикции и атерогенеза, обеспечивая дополнительные антиангинальные, антиспастические и антисклеротические свойства. Помимо сложения всех терапевтических эффектов, лизиноприл ослабляет вызываемую амлодипином активацию РААС и симпато-адреналовой системы, что приводит к уменьшению рефлекторной тахикардии.

А вот и еще один гоголевский персонаж – Христиан Иванович Гибнер, уездный немецкий лекарь, который не в состоянии даже общаться со своими пациентами по причине полного незнания русского языка, не применяет дорогих лекарств, положившись на естество и на волю Божию, а его больные «выздоравливают, как мухи». Увы, это только для комедии, в жизни – другие правила.

Не только соло

Комбинация лизиноприла с амлодипином обладает фармакокинетическим профилем, обеспечивающим более чем 24-часовую продолжительность действия. За счет гидрофильности лизиноприла препараты в меньшей степени накапливаются в жировой ткани и не снижают своего действия у тучных пациентов. Наличие метаболической инертности и выраженных органопротективных свойств позволяет применять лизиноприл и амлодипин у больных АГ с сопутствующим метаболическим синдромом, сахарным диабетом, ИБС и сердечной недостаточностью. По данным многоцентровых исследований, оба препарата относятся к средствам, улучшающим прогноз ССЗ.

При монотерапии снижение АД до целевого (<140/90 мм рт.ст.) уровня достигается у 40–55% больных и зависит от их возраста, длительности и тяжести АГ, сезонных изменений погоды, а также курения, наличия ХОБЛ, ожирения, диабета и других сопутствующих хронических заболеваний. При комбинированном применении лизиноприла с амлодипином антигипертензивный эффект достигается у 70–85% больных.

В этой связи обязательное условие эффективного лечения АГ в сочетании с дислипидемией – назначение статинов. Именно они

имеют наиболее мощный гиполипидемический эффект. Их плейотропные эффекты обеспечивают противовоспалительное, антиагрегантное действие и стабилизацию бляшки.

Выход – статины

На Европейском конгрессе по атеросклерозу постулировано: статины снижают все риски! Данный вывод сделан на основании результатов 17 исследований, в которых приняли участие 132,6 тыс. пациентов, наблюдавшихся более 4 лет. За это время у больных, принимавших статины, отмечена меньшая частота нефатального инфаркта миокарда. Относительный риск этого события в сравнении с контролем был достоверно снижен на 26%, а риск госпитализации по поводу сердечной недостаточности за период наблюдения был снижен на 10%.

Однако реальная практика в нашей стране свидетельствует о катастрофическом низком применении статинов в комбинированном лечении АГ. Несомненно, что причиной столь низкой частоты приема статинов, является весьма низкая комплаентность пациентов, обусловленная отсутствием «осязаемых» эффектов терапии. Примечательно, что схожая ситуация является глобальной мировой проблемой и не носит сугубо российский характер. Потому не случайно последние годы на многих международных форумах обсуждается проблема создания и применения так называемои «полипилюли» (polypill).

Этот термин был предложен в 2003 г. N.J. Wald и M.R. Low для обозначения фиксированной комбинации антиагреганта (аспирин 75 мг), статина и препаратов для снижения артериального давления (b-адреноблокатор, ингибитор АПФ и диуретик) в половинных дозах и фолиевой кислоты 0,8 мг. Фолиевая кислота была включена в состав полипилюли с целью снижения уровня гомоцистеина, но ее эффективность в снижении риска развития инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта доказать так и не удалось. Именно поэтому от ее применения в дальнейшем отказались. N.J. Wald и M.R. Low выполнили метаанализ 15 крупных исследований и сделали вывод, что использование полипилюли у всех лиц старше 55 лет способно снизить сердечно-сосудистую заболеваемость на целых 80%...

...На сцене развязка комедии и опять Городничий: «Вот смотрите, смотрите, весь мир, все христианство, все смотрите... Вон он теперь по всей дороге заливает колокольчиком! Разнесет по всему свету историю. Мало того что пойдешь в посмешище – найдется щелкопер, бумагомарака, в комедию тебя вставит. Вот что обидно! Чина, звания не пощадит, и будут все скалить зубы и бить в ладоши. Чему смеетесь? – Над собою смеетесь!.. До сих пор не могу прийти в себя. Вот, подлинно, если Бог хочет наказать, то отнимет прежде разум».

Эквамер: терапия будущего

Чем же полипилюля отличается от фиксированных комбинаций препаратов для терапии коморбидных больных с АГ, к которым мы привыкли в предшествующие годы?

В подавляющем большинстве антигипертензивных препаратов содержится 2 компонента, в то время как полипилюля – это лекарственный препарат, содержащий три и более лекарственных средств. Высокая распространенность коморбидных состояний требует создания и применения именно полипилюли, когда, помимо гипотензивных, даже весьма эффективных компонентов, в таблетку будут включены, например, статины или антиагреганты, **а пациент вместо 3–4 препаратов, с принципиальным режимом дозирования, будет принимать всего лишь одну таблетку.**

Итак, впервые в России в качестве комбинированной гипотензивной терапии в сочетании с розувастатином появилась полипилюля для «сосудистых» коморбидных больных – препарат Эквамер!

Эквамер – единственная инновационная высокоэффективная комбинация, обеспечивающая адекватный контроль АД более чем у 80% пациентов, а также снижающая общий СС-риск за счет добавления статина, определяющего «принудительную» приверженность к терапии препаратами этой группы лекарственных средств.

Помимо снижения уровня холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности до целевого уровня почти у 80% больных, розувастатин повышает уровень этих показателей в большей степени, нежели любой другой статин.

Одно из самых известных исследований розувастатина при первичной профилактике – так называемый «Юпитер». Назначение розувастатина в дозе 10 мг больным без выраженной дислипидемии, но имеющим повышение уровня высокочувствительного белка (сегодня рассматривается как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений) через 5 лет привело к достоверному снижению риска коронарных осложнений, инсульта, необходимости осуществления реваскуляризации и, самое главное, – снижению общей смертности в структуре ССЗ на целых 20%.

Отрадно, что большинство практикующих врачей ориентированы на применение статинов у больных с дислипидемическим синдромом, однако при этом следует помнить, что, если у больного АГ нет дислипидемии, но риск по шкале SCORE превышает 5%, необходимость назначения статинов такая же, как и у больных с установленным диагнозом ИБС. Следовательно, Эквамер можно (и нужно!) будет назначать больным АГ с высоким/очень высоким дополнительным риском сердечно-сосудистых осложнений независимо от исходного уровня холестерина и липопротеидов низкой и очень низкой плотности.

Как известно, статины – это не только препараты для устранения дислипидемии, но и для повышения выживаемости (Г.А. Барышникова и соавт., 2015).

Занавес закрывается. Зрители аплодируют и долго не отпускают всех действующих лиц этого спектакля!

Подобный формат конференции проводился впервые. Это был праздник для всех присутствовавших докторов, привыкших к зачастую формальному и монотонному восприятию информации с высоких трибун отраслевых научно-практических и образовательных мероприятий. И как замечательно осознавать, что одно прекрасное утро может превратиться в необыкновенный день с пользой для любимой работы!

А. ВЕРТКИН,
заслуженный деятель науки РФ, профессор,
зав. каф. терапии, клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
Руководитель региональной общественной
организации «Амбулаторный прием»,
член президиума Российского научного
медицинского общества терапевтов,
А. НАУМОВ,
проф. каф. терапии, клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

«БОЛЬ В СПИНЕ» – ПРОБЛЕМА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ, РЕШЕНИЕ МЕХАНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ

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

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

Классификация болей в спине

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

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

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

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

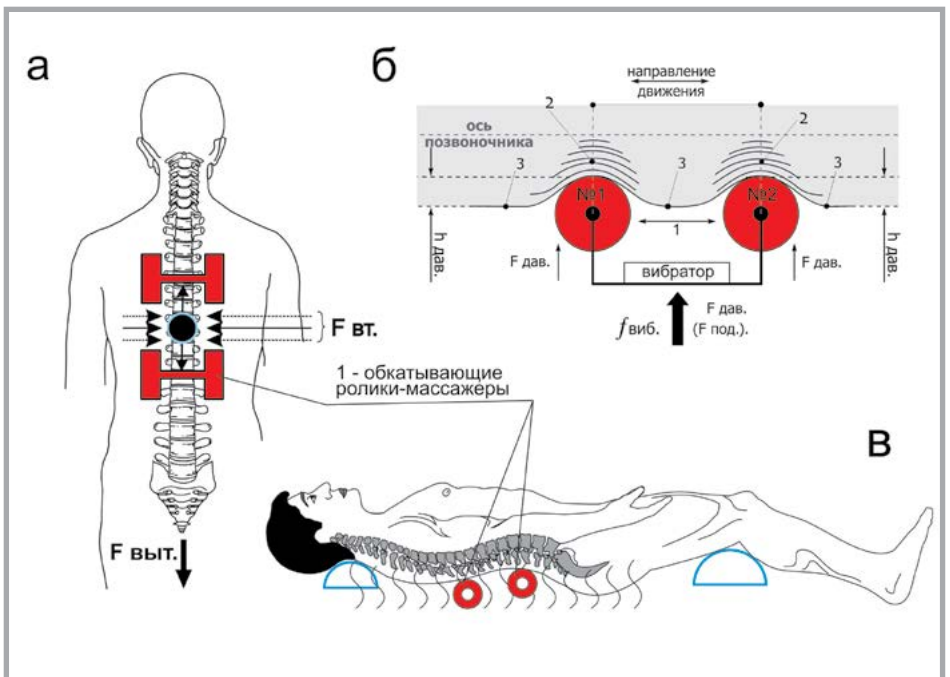
Проблема заключается в том, что ее нужно лечить по другим правилам. Для эффективного лечения боли в спине нужен биофизиопсихосоциальный подход и мультимодальное лечение, включающее когнитивные, поведенческие подходы, социальную реабилитацию и применение специальных методов воздействия.

«ОРМЕД» – сутулости нет

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

«ОРМЕД» – спазмам нет

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



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

В аппаратах серии «ОРМЕД» ***метод сочетанный – эффект синергетическ***ий применяется в комплексном лечении, так как физические факторы – вытяжение (тракция), вибромассаж, обогрев, виброкоррекция позвонков – действуют одновременно и подаются на один и тот же участок тела – позвоночник – в виде одной процедуры. В этом случае происходит усиление взаимовлияния физических факторов на физиологической основе их совместного суммарного действия, что формирует новые лечебные эффекты, т.е. достигается ***синергетический эффект.*** Эффективность применения предложенной методики не вызывает сомнения, так как многочисленными исследованиями установлено, что при дозированном вытяжении позвоночника происходит увеличение высоты межпозвонкового диска, снижение внутридискового давления, способствующее декомпрессии спинномозговых корешков и позволяющее проводить виброкоррекцию-репозицию позвонков. При этом виброкоррекция проводится паравертебрально с помощью роликов-массажеров, сообщая позвонкам поперечное силовое механическое воздействие и заставляя их «плавать» в мягких мышечных тканях, преодолевая межкостное сцепление. Методики медицинской реабилитации, основанные на механотерапии, являются патогенетически оправданными и эффективными для наибольшего числа пациентов с дистрофическими заболеваниями позвоночника. Гарантия до 3 лет!

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

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

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

Роликовый вибромассаж

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

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

Микровытяжение (растяжение) сегментов позвоночника

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

Тракционная терапия

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

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

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

Как пройти обучение методике лечения на аппаратах «ОРМЕД»?

Научно-внедренческое предприятие «Орбита» организует ежемесячное 2-х дневное обучение персонала работе на оборудовании «ОРМЕД». Оно проводится на базе городской водолечебницы №1 Екатеринбурга – учебно-методической базовой клинике НВП Орбита (ул. Первомайская, 77).Обучение проводит главный врач Богданов Юрий Николаевич.

Обучение включает в себя теоретическую подготовку и освоение методик и практических навыков при проведении тракционной терапии и механотерапии с использование медицинского оборудования серии «Ормед». По окончании обучения слушатели получают «Сертификат по обучению методам тракционной терапии и механотерапии на аппаратах серии «Ормед».

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

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

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

ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЗВОНОЧНИКА НА АППАРАТАХ «ОРМЕД»

Тракционное оборудование для сухого вытяжения

Успешно используется при безоперационном лечении межпозвонковых грыж, протрузий, остеохондрозов, искривлений позвоночника и других дорсопатий.

«ОРМЕД»-профессионал

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

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

«ОРМЕД»-тракцион

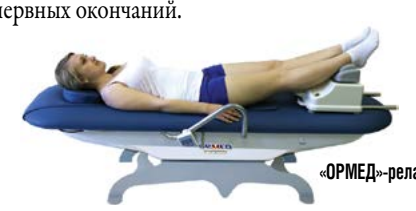
«ОРМЕД-тракцион 2D» – это многофункциональное тракционное оборудование для горизонтального вытяжения позвоночника. Тракционный стол очень удобен, функционален и имеет высокотехнологичную систему управления. Встроенный процессор управляет режимом вытяжения по заданной программе. Ход процедуры контролируется на графике в реальном времени на сенсорном ЖК мониторе. Наличие сенсорного программного управления позволяет проводить тракцию эффективно и безопасно.

Кушетка тракционной кровати (стола) имеет подвижную секцию, которая исключает трение при вытяжении, а в статическом состоянии может выполнять функции массажного стола. Тракционный стол для вытяжения позвоночника полностью комплектуется всеми необходимыми принадлежностями для вытяжения: современный блок для поясничного и шейного вытяжения с фиксацией головы, пояса с антискользящей внутренней поверхностью двух размеров, лицевая подушка, встроенный подколенник, регулируемый по длине и высоте кушетки, также прилагаются ремни для вытяжения суставов.

«ОРМЕД»-профилактик

«ОРМЕД-профилактик» – аппарат для дозированного ***аутогравитационного вытяжения на наклонной плоскости*** под действием веса тела пациента ***за счет изменения угла наклона кушетки и паравертебрального вибрационно-механического массажа позвоночника. Этот вид вытяжения более физиологичен*** и сводит возможности осложнения во время процедуры до минимума.

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



«ОРМЕД»-релакс

«ОРМЕД-релакс» – установка для дозированного паравертебрального вибрационного роликового массажа позвоночника. Регулировка всех параметров осуществляется с пульта управления. Кнопка «пауза» позволяет локализовать вибромассаж в проблемном отделе позвоночника. В результате проведения комплексной процедуры спина массируется сразу в двух плоскостях: продольной и поперечной, под влиянием чего позвоночник выпрямляется и растягивается, исчезают ущемления нервных окончаний, снимается мышечный спазм, восстанавливается нормальная подвижность позвонков. ***Уходит боль в спине.*** «Ормед-релакс» рекомендован также для профилактики и восстановительного лечения детей ***с нарушением осанки и сколиозом 1 и 2 степени.***

Тракционное оборудование для подводного вытяжения

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

Акватракцион

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

Комплекс разработан с максимальным удобством для врача, безопасностью и комфортом для пациента. На сегодняшний день он не имеет аналогов по своим функциональным возможностям, так как ни одна ванна подводного вытяжения не включает в себя ***электронную*** тракцию шейного и поясничного отдела позвоночника, адаптированный встроенный подъемник, ***ручной подводный душ-массаж и паравертебральный гидро-аэромассаж.*** При этом процедура вытяжения отслеживается на графике в режиме реального времени.

«АКВАТРАКЦИОН» позволяет выбрать дозированное постоянное или переменное вытяжение, процедура вытяжения отображается на ***цветном сенсорном*** ЖК-мониторе пульта управления в реальном времени, заданные параметры можно менять даже во время проведения процедуры. Возможно проведение вытяжения пояснично-грудного или шейного отделов позвоночника в заданном режиме. В корпусе ванны на уровне паравертебральной зоны установлены гидро-аэромассажные форсунки для повышения лечебного эффекта расслабления околопозвоночных мышц и связок, что важно при подготовке пациента к тракции. Можно выбрать различные виды процедур: гидромассаж; аэромассаж подогретым воздухом.

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

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

Среди важных преимуществ ванны является её геометрическая конструкция. Наклонное дно позволяет экономить пространство и воду (до 30% от объема). В отличие от ванн с горизонтальным дном пациент полностью погружен в воду и его грудная клетка не остывает во время проведения процедуры. Комплексный подход к процедурам вытяжения предполагает покой пациента после процедуры – он в разы повышает лечебный эффект. В комплект поставки входит каталка, где пациент находится после сеанса. Также в базовую комплектацию «Акватракциона» входят все необходимые принадлежности для проведения подводного вытяжения.

Кинезотерапия

«ОРМЕД-кинезо» – установка для дозированного динамического изменения углов между звеньями позвоночника при сгибании и разгибании его в положении лежа в пассивном режиме работы мышц туловища. Позволяет проводить процедуры с возможностью изменения угла и скорости сгибания и разгибания. Аппарат идеально подходит для разработки позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника. Оказывает лечебное и тренировочное воздействие

«ОРМЕД»-кинезо

на связи позвонков и межпозвонковых дисков, способствует профилактике искривления, сутулости и сколиоза, развивает подвижность звеньев позвоночника, устраняет тугоподвижность.

Лечение основано на производимых с помощью аппарата «ОРМЕД-кинезо» воздействиях движением на позвоночник – они уменьшают напряжение мышц и снижают давление на межпозвонковые диски и осуществляют микровытяжение позвоночника в грудном и поясничном отделах в пассивном режиме. Дозированные амплитуды механических движений при ***тугоподвижности позвоночника*** усиливают питание межпозвонковых дисков: они увеличиваются в размере, отводят друг от друга позвонки, освобождая таким образом выходящие из спинного мозга ***нервные корешки.*** Пульт управления предполагает выбор разных алгоритмов лечения, а с помощью кнопки пульта «пауза» кушетка аппарата устанавливается под необходимым углом. При этом аппарат удобно использовать в качестве массажного стола. С помощью аппарата лечат поясничные дорсопатии, кардиологические и бронхо-легочные заболевания в комплексной терапии, устраняется сутулость, боль в спине и груди, восстанавливается ритм дыхания и уходит одышка.

Мануальная терапия – залог здоровья.

«ОРМЕД»-мануал

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

Бесконтактная гидромассажная ванна «Акварелакс»

С помощью этой ванны проводится уникальный механо-гидромассаж без контакта с водой, т. е. без погружения пациента в водную среду, в максимально комфортных условиях. При этом все ощущения аналогичны подводному струевому массажу, но в отличие от него резко снижается число противопоказаний к применению данного вида лечения и риск инфекционных заболеваний. Поддерживается постоянная температура воды, а запрограммированная работа форсунок позволяет с пульта управления устанавливать и изменять массажные

Акварелакс

программы при любом положении тела пациента (на спине, на боку, на животе), выбирая наиболее комфортный режим воздействия.

В чем основные преимущества «Акварелакс»? Это практическое отсутствие противопоказаний; отсутствие контакта с водой (не нужно раздеваться, мокнуть, потом сушиться) – тепло воды проникает в глубокие ткани мышечного каркаса пациента и стимулирует кровообращение, без лишней нагрузки на кровеносную систему, активизируя обмен веществ и расслабляя мышцы и связки.

Поверхность ванны условно разделяется на 6 рабочих зон, вода подается под давлением через 24 форсунки, которые расположены таким образом, чтобы максимально эффективно воздействовать на все необходимые области тела.

Положительно влияя на вегетативную нервную систему, такой массаж благотворно воздействует на внутренние органы, уменьшает подкожные жировые отложения, устраняет целлюлит, лечит от бессонницы, депрессий и т.д. Успешно сочетается с различными видами обертываний, значительно увеличивая эффективность этих процедур!

Внимание НОВИНКА!

Акварелакс

Flex F01 – аппарат для разработки тазобедренного и коленного суставов. Предназначен для реабилитации пациентов, лечения повреждений, заболеваний и послеоперационных состояний коленного и тазобедренного суставов методом непрерывной пассивной разработки, а также для предотвращения осложнений, связанных с длительной неподвижностью. Прибор универсален (подходит как для правой, так и левой конечности). Аппарат предназначен для взрослых и детей от 6 лет. Области применения: восстановление после эндопротезирования коленного или тазобедренного суставов; лечение после перелома суставов; лечение послеоперационных состояний коленного и тазобедренного суставов; ускорение циркуляции крови и лимфы; разработка суставов без боли.

С вышеперечисленными аппаратами вы сможете ознакомиться на выставке «Здоровый образ жизни – 2016», которая будет проходить 05–09 декабря 2016 г. в Центральном выставочном комплексе «Экспоцентр», г. Москва, Краснопресненская набережная, 14 павильон Форум стенд FC072. Вы сможете проконсультироваться по всем интересующим вас вопросам и протестировать оборудование.

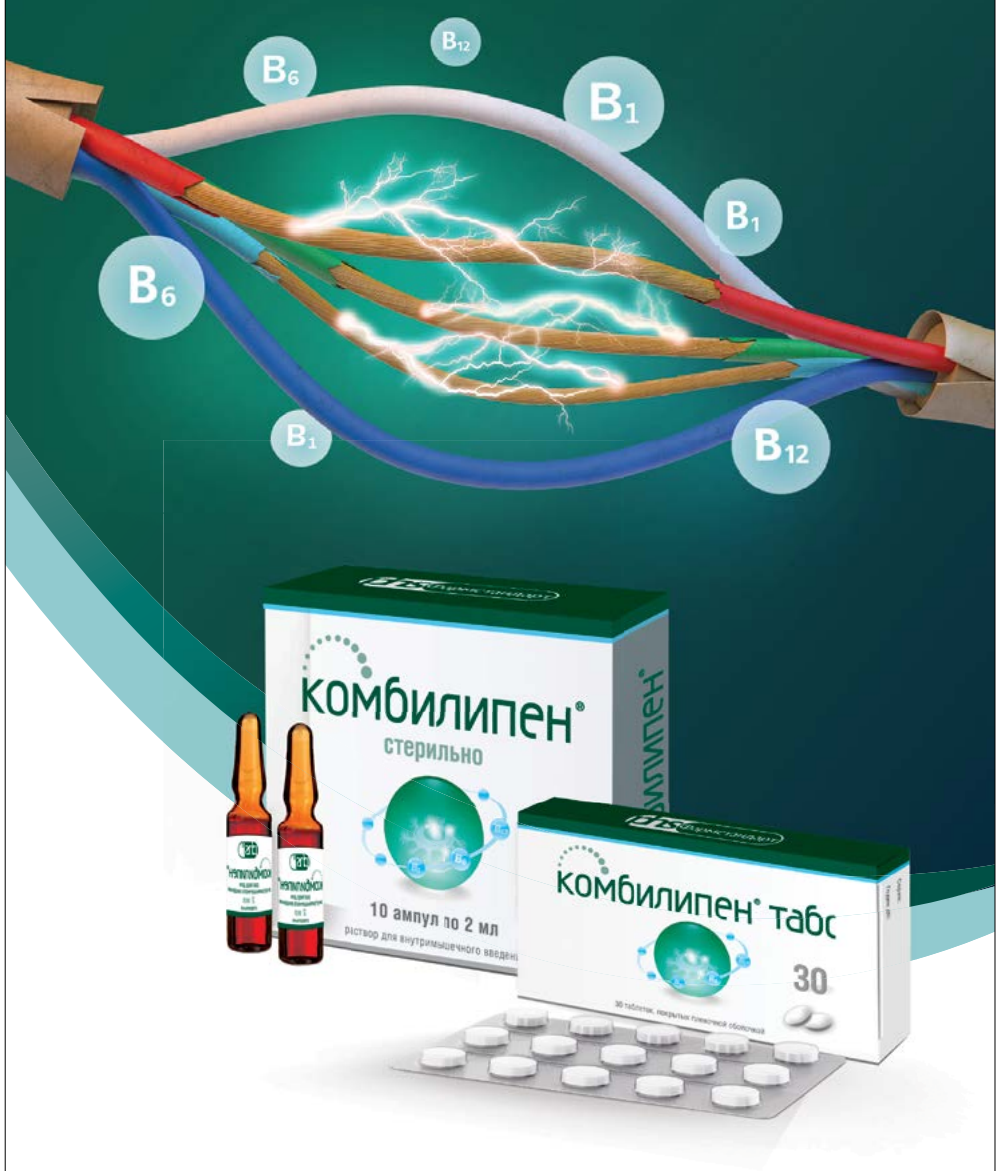
Подробную информацию обо всех аппаратах НВП «Орбита», методиках механотерапии и заключения специалистов вы можете получить на сайте WWW.ORMED.RU.

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

Авторы-составители **М.Н. ГИНИЯТУЛЛИН, Е.А. БУКАРЕВА**

КОМБИЛИПЕН® КОМБИЛИПЕН® ТАБС

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА НЕРВНОГО ВОЛОКНА



НЕЙРОТРОПНЫЕ ВИТАМИНЫ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ:

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

Формы выпуска:

Раствор для инъекций по 2 мл №5, №10
Таблетки п/о №30, №60

www.pharmst.ru phs Фармстандарт

15-й ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

Объединяя врача и пациента

В сентябре 2016 г. в Амстердаме (Нидерланды) в здании Биржи Берлаге состоялся 15-й Европейский конгресс терапевтов, прошедший под девизом «Объединяя врача и пациента». Организатор конгресса — Европейская Федерация внутренней медицины (EFIM). В мероприятии приняли участие более 1300 специалистов из стран Европы и других континентов. Наибольшее количество делегатов было из Португалии, Турции и Испании. Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) было представлена президентом, акад. РАН А.И. МАРТЫНОВЫМ и ученым секретарем В.А. КОКОРИНЫМ.

Перед началом конгресса состоялось заседание правления EFIM, в котором приняли участие 63 делегата из 24 стран-членов Федерации, в том числе представители РНМОТ. Был заслушан отчет о финансовой деятельности EFIM в 2015–16 гг. А. Баптиста (Португалия) был переизбран казначеем Федерации, а проф. Н. Монтано (Италия) выбран будущим президентом EFIM. Произошла передача полномочий президента EFIM от Ф. Боша (Нидерланды) к Р. Палссону (Исландия), который будет возглавлять Федерацию в ближайшие 2 года. Был обсужден вопрос внедрения принятых ранее европейских компетенций по терапии и приняты дополнения к уставу EFIM. По вопросам издания Европейского журнала внутренних болезней (EJIM) выступил П. Маннучи (Италия), а Д. Келлетт (Ирландия) представил отчет о деятельности Европейского журнала клинических случаев во внутренней медицине (EJCRIM).

Прозвучал отчет о проведенных в 2016 г. школах по внутренним болезням для молодых интернистов. В прошедшей в феврале 2016 г. зимней школе в Риге (Латвия) приняла участие Я. Лейнеман (С.-Петербург), получившая грант РНМОТ, как победительница конкурса молодых специалистов X Национального конгресса терапевтов. В 2017–2019 гг. школы будут проводиться в Нидерландах и Финляндии. Были заслушаны отчеты рабочих групп EFIM и секции молодых интернистов. М.Д. Каппеллини (Италия) сделано сообщение о подготовке 16-го Европейского конгресса по внутренней медицине, который пройдет в Милане (Италия). Д. Серени (Франция) рассказал о работе Фонда содействия развитию внутренней медицины в Европе. В.А. Кокорин сообщил присутствующим о победе заявки РНМОТ на проведение Всемирного конгресса терапевтов 2022 г. в Москве. В ряды Федерации в качестве ассоциативного члена было принято Общество интернистов Аргентины.

На церемонии открытия конгресса собравшихся приветствовали его президент М. Крамер (Нидерланды) и президент EFIM Ф. Бош (Нидерланды).

Основные темы форума – здоровое старение, современные технологии в практике терапевта и для пациентов, таргетная терапия и применение стволовых клеток, робототехника и телемедицина, подготовка специалистов и постдипломное образование.

В программе были представлены как основные разделы внутренней медицины: кардиология, ревматология, пульмонология, нефрология, гастроэнтерология, гематология, эндокринология, инфекционные болезни, так и реже обсуждаемые на терапевтических конференциях орфанные болезни, паллиативная медицина и неотложные состояния.

Профессор Р. Уэстендорп (Дания) выступил перед аудиторией с презентацией под названием «Старение человека: кто находится в зоне риска?», в которой рассматривались инновационные решения по формированию здорового образа жизни и старения с поддержанием активного образа жизни.

Профессор В. Монтори (США) представил доклад, посвященный ведению больных с полиморбидной патологией.

В. Боз (бывший министр финансов и вице-премьер Нидерландов) представил доклад о современном обществе, изменениях в ожиданиях и влиянии этих факторов на медицинский сектор. В ходе других секционных заседаний обсуждались вопросы глобального изменения климата, защиты и продвижения интересов пациентов и образования в XXI веке.

В сотрудничестве с Амстердамским свободным университетом проведен однодневный семинар «Применение ультразвуковых технологий в сфере внутренней медицины» для всех практикующих терапевтов.

В рамках конгресса прошли конкурсы на лучшие постерный доклад и клинический случай, организованные совместно с Европейским журналом клинических случаев во внутренней медицине (EJCRIM). В финальный тур на лучший клинический случай были отобраны 10 работ из 416 поданных на конгресс. Специальная конкурсная комиссия, в члены которой входил ученый секретарь РНМОТ В.А. Кокорин, определила победителей. Первое место было присуждено работе М. Перри и соавт. (Великобритания) «Нейросифилис, дебютировавший папиллитом». Второе – К. Делчеа и соавт. (Румыния), представившие сообщение «Гистиоцитоз X файлы: захватывает дыхание», третье – А. Дос Сантос Роха и соавт. (Швейцария) со случаем «Симптоматичная полиморфная желудочковая тахикардия у молодой женщины»

Помимо дипломов и ценных подарков призеры получили возможность опубликовать доложенные работы в Европейском журнале клинических случаев во внутренней медицине. Победителями конкурса на лучший постерный доклад стали работы Е. Оскарсдоттир (Исландия) «Уровень витамина D и регуляция глюкозы крови у больных острым коронарным синдромом в Исландии» (1-е место), Д. Кастиони (Швейцария) «Распространенность и детерминанты полипрогмазии в Швейцарии: результаты популяционного исследования» (2-е место) и А. Сахнини (Израиль) «Прогностическая модель внутрибольничной летальности у экстренно госпитализированных больных» (3-е место).

Мероприятие проходило в 2 залах, также постоянно функционировала зона электронных постеров и уголок молодого интерниста, где проводились встречи с экспертами и дебаты по наиболее актуальным аспектам практики начинающих специалистов, а также выставка фармацевтических компаний и медицинской литературы. Всего программу конгресса составили 12 пленарных заседаний, 24 параллельных сессии и 2 мастер-класса по ультразвуковой диагностике.

В сборник материалов конгресса вошли 1016 тезисов из 45 стран, в том числе 11 поданных отечественными специалистами из Москвы, Екатеринбурга и Ростова-на-Дону.

Участники конгресса получили 12 часов (кредитов) в рамках программы постдипломного образования UEMS/EACCME. Следующий 16-й Европейский конгресс по внутренней медицине пройдет 1–2 сентября 2017 г. в Милане (Италия).

А.И. МАРТЫНОВ,
акад. РАН, Президент РНМОТ,
В.А. КОКОРИН,
Ученый секретарь РНМОТ

МИГРЕНЬ: КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ И НАЗНАЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ?

В Глобальном обзоре Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), опубликованном в 2015 г., проведен анализ заболеваемости и нетрудоспособности по всем известным в настоящее время нозологическим формам. Мигренью страдает более 14% всего населения, причем среди женщин мигрень встречается чаще – 18%. По данным эпидемиологического исследования, проведенного в нескольких городах Российской Федерации, мигрень встречается у 20% населения. Отличительная ее особенность – значительное снижение работоспособности; по данным обзора ВОЗ она заняла шестое место среди специфических причин нетрудоспособности и первое среди неврологических заболеваний. В данном случае под снижением трудоспособности понимается не только наличие больничного листа, но и снижение активности во время какой-либо деятельности, в том числе работы и учебы, а также неспособность в полной мере делать рутинную домашнюю работу.

К сожалению, пациенты редко обращаются к врачу в связи со своей головной болью, еще реже ставится правильный диагноз и назначается адекватное лечение. Для диагностики мигрени не требуется никакого дополнительного обследования, диагноз должен быть поставлен на амбулаторном приеме у врача семейной медицины или терапевта. В течение последних лет было разработано несколько различных вариантов анкет, шкал и дневников головной боли для упрощения процесса постановки диагноза и оценки эффективности проводимого лечения.

Для скрининг диагностики мигрени используется анкета ID-Migraine. Данная шкала характеризуется диагностической точностью, быстротой, простотой и легкостью для заполнения. Заключение основано на анализе 13 исследований, проведенном G.Cousins с соавт., включающих 5866 пациентов. В анкете 3 вопроса: 1. Сопровождалась ли ваша головная боль за последние 3 месяца тошнотой или рвотой? 2. Непереносимостью света и звуков? 3. Ограничивала ли головная боль вашу работоспобность, учебу или повседневную активность как минимум на один день?

Если пациент отвечает «Да» хотя бы на 2 вопроса из 3-х, то с вероятностью в 93% у него мигрень. Данная анкета подходит для скрининга, позволяет пациенту и врачу обратить внимание на головную боль. Более точный диагноз мигрени основывается на критериях диагностики, опубликованных в Международной Классификации головной боли, 3 издание, бета версия (МКГБ 3 изд., 2013 г.):

A.) Хотя бы 5 приступов соответствуют критериям B–D.

B.) Головная боль продолжается 4–72 ч.

C.) Головная боль имеет хотя бы 2 из следующих 4 характеристик: односторонняя локализация, пульсирующий характер, средняя или сильная интенсивность, усиление при физической нагрузке.

D.) Во время головной боли есть хотя бы один из следующих симптомов: тошнота и/или рвота, фотофобия и фонофобия.

E.) Не может классифицироваться, как другой диагноз по МКГБ 3 изд.

До сих пор ведутся научные дискуссии – является ли мигрень заболеванием головного мозга или сосудистый фактор развития приступа имеет первостепенное значение? M.S. Asghar с соавт. проводили исследование диаметров менингеальной артерии и средней мозговой до и во время атаки мигрени. Они выявили расширение обеих артерий на 12% во время приступа. При этом вазодилататция соответствовала стороне головной боли при гемикрании и двусторонняя дилатация развивалась при двусторонней головной боли. После приема суматриптана через 20 минут от развития головной боли диаметр артерий головного мозга полностью пришел к норме. По мнению другой группы исследователей, патофизиология мигрени включает дисфункцию субкортикальных структур, в которые входят диэнцефальные и стволовые ядра, модулирующие восприятие активации тригемино-васкулярной системы, передающей сенсорную информацию от краниальной сосудистой сети к мозгу. Дисфункция этих ядер может способствовать каскаду событий, результатом которых являются симптомы мигрени, такие как фото- и фонофобия.

Масштабные генетические исследования, итоги которых были озвучены в 2016 г., подводят черту под этими спорами. Международный Генетический Консорциум по Головной боли – International Headache Genetics Consortium (IHGC) – объединил 34 исследовательские группы из 12 стран Европы, США и Австралии, которые совместно провели исследования и генетическую экспертизу, чтобы создать базу для будущего лечения мигрени. Был произведен анализ 23000 пациентов и сотни тысяч контрольных субъектов. Ассоциированный с мигренью одиночный полиморфизм нуклеотидов был отмечен в 13 локусах; данные гены ответственны за сосудистые и нейрональные пути, а также за болевую ноцицепцию. Таким образом, доказана не только роль сосудов и мозговых структур в развитии приступа мигрени, но и системы, ответственной за восприятие ноцицептивной боли.

Полученные данные подчеркивают целесообразность назначения триптанов для купирования приступов мигрени. Триптаны являются препаратами первого выбора для головной боли средней или сильной выраженности в странах Европы, США и Канаде. Триптаны имеют большой ряд преимуществ по сравнению с препаратами эрготамина и неспецифическими анальгетиками, особенно вследствие селективной фармакологии, простоты и постоянства фармакокинетики, эффективности, доказанной на основании больших, хорошо организованных, рандомизированных и плацебо–контролируемых исследований. Триптаны воздействуют и на сосудистый, и на нейрональный механизмы развития приступа мигрени, облегчают головную боль и сопутствующие симптомы, такие как тошнота, рвота, фото- и фонофобия.

Эффективное лечение мигрени зависит от правильности поставленного диагноза, проведения обучения пациента по определению провокаторов головной боли, внедрения в практику плана лечения по уменьшению выраженности мигрени у каждого пациента. Все они нуждаются в симптоматической терапии – купировании приступов, и данная терапия достаточна для большинства из них. Согласно заключению Российского общества по изучению головной боли, Европейского общества по лечению головной боли, триптаны – первая линия терапии мигрени для купирования приступа. В исследовании «Противомигренозная терапия и стоимость лечения у работающих пациентов» было установлено, что назначение специфической терапии мигрени в виде триптанов дало значительное снижение частоты попадания в отделение неотложной помощи, чем у пациентов без триптанов. Анализ показал снижение стоимости в течение одного года на 42% общих затрат на обследование и лечение, на 26% – снижение стоимости медикаментов после назначения триптанов, первым из которых был суматриптан. Проведен большой ряд исследований, выявивший эффективность и переносимость суматриптана. И в настоящее время суматриптан не потерял своей актуальности. В Федеральный стандарт РФ в качестве препаратов, обязательных для назначения пациентам с мигренью для купирования приступов, включен в группе триптанов – суматриптан, причем с коэффициентом 1,0, что означает – данный препарат должен быть назначен каждому пациенту с диагнозом мигрени. Одним из представленных на российском рынке суматриптанов является Сумамигрен, доказавший свою высокую эффективность и переносимость.

Чрезвычайно важно, что Сумамигрен не только быстро купирует головную боль, но и снижает выраженность тошноты, фото- и фонофобии. Новый вариант упаковки препарата, содержащий 6 таблеток, позволяет достигнуть более значимых результатов в лечении, так как уменьшает стоимость препарата для пациента, увеличивает вероятность, что у пациента в нужный момент окажется под рукой необходимое лекарственное средство, а также уменьшает психологическое воздействие на пациента, связанное с наличием в упаковке лишь 2 таблеток, как это было ранее. Следует разъяснить, что количество таблеток в упаковке связано с необходимостью контроля над лечением. Если пациент использует 6 таблеток за 3–4 месяца, то это не требует никаких дополнительных действий со стороны врача, а если упаковка была использована за месяц – следует назначить профилактическую терапию для уменьшения количества приступов в месяц.

В заключение еще раз подчеркиваем, что диагноз мигрени ставится на основании критериев диагностики врачом общей практики, а Сумамигрен (суматриптан) в дозировке 50 мг и 100 мг является простым и эффективным препаратом для купирования приступов.

М.И. КОРЕШКИНА,
д.м.н., руководитель Центра лечения головной боли
клиники «Скандинавия» ООО АВА-ПЕТЕР, Санкт- Петербург

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

В патогенезе хронических заболеваний печени (ХЗП) различной этиологии важную роль играет активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) с образованием свободных радикалов и развитием окислительного стресса, который способствует пресистенции хронического воспаления и активации коллагенообразования. Темпы прогрессирования патологического процесса до цирроза печени и прогноз заболевания находятся в прямой корреляции со скоростью фиброзирования.

Активация ПОЛ начинается с образования супероксидного и гидроксильного радикалов, которые реагируют с полиненасыщенными жирными кислотами боковых цепей липидов мембран с образованием свободного радикала углерода и пероксильного радикала. Активные формы кислорода (АФК), в большом количестве образующиеся при ПОЛ, обладают высокой способностью повреждения биологических мембран, что приводит к накоплению промежуточных токсических продуктов, синтезу и высвобождению большого количества провоспалительных цитокинов.

При выраженном истощении пула антиоксидантов и персистирующем воздействии этиологического фактора перекисное окисление приобретает неконтролируемый характер: прогрессирующее повреждение клеток приводит к хронизации воспаления и стимулирует коллагенообразование, сопровождаясь постепенным снижением функциональной активности органа. Индикатором гибели гепатоцитов является выход в кровь соответствующих ферментов: аминотрансфераз, лактатдегидрогеназы (ЛДГ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), лейцинаминопептидазы (ЛАП).

Таким образом, основными механизмами повреждения печени являются окислительный стресс, хроническое воспаление и фиброзирование. Имеются доказательства важной роли оксидативного стресса при наиболее распространенных в популяции неинфекционных ХЗП. В развитии жировой инфильтрации печени, являющейся патогенетическим звеном при алкогольной и неалкогольной жировой болезни, лекарственном гепатите и других ХЗП, участвуют цитокины, адипокины, продукты свободнорадикального окисления.

Лечение ХЗП представляет довольно сложную задачу для врача поликлиники и стационара. Поиск и изучение эффективности новых лекарственных препаратов, способных снижать активность и предупреждать прогрессирование патологии, остается актуальной проблемой современной гепатологии. В клинической практике применяют препараты разных фармакологических групп, обладающие способностью восстанавливать мембраны гепатоцитов и снижать выраженность окислительного стресса.

Одним из таких лекарственных препаратов является Тиотриазолин, антиоксидантные свойства которого проявляются благодаря наличию в структуре молекулы тиола серы и третичного азота, который связывает избыток ионов водорода. За счет сильных восстановительных свойств тиольной группы Тиотриазолин реагирует с активными формами кислорода и липидными радикалами, а также активирует антирадикальные ферменты – супероксиддисмутазу, каталазу и глутатионпероксидазу. Благодаря этим свойствам, Тиотриазолин является «ловушкой» активных форм кислорода, таких как супероксид и пероксинитрит, конкурируя за них с цистеиновыми и метиониновыми фрагментами белков клеточной мембраны, органелл и ядра, и таким образом блокирует окислительный стресс, как на начальных этапах, так и в развернутой стадии.

Антиоксидантный эффект Тиотриазолина опосредованно обуславливает его мембраностабилизирующий эффект, поскольку мембраны клеток в отсутствие окислительного стресса сохраняют свои физико-химические свойства (пластичность, текучесть, проницаемость, трансмембранный потенциал). За счет активации лактатдегидрогеназы и пируваткиназы препарат способствует стимуляции анаэробного и аэробного (в большей степени) путей окисления глюкозы, снижает степень лактат-ацидоза в клетке и способствует восстановлению пула макроэргов даже в условиях глубокой гипоксии.

Таким образом, оказывая антиоксидантный и мембраностабилизирующий эффекты, Тиотриазолин предотвращает разрушение гепатоцитов, снижает степень жировой инфильтрации, уменьшает степень распространения центролобулярных некрозов в паренхиме печени и создает условия для регенерации гепатоцитов.

Результаты клинических исследований дают обоснования для применения Тиотриазолина при ХЗП, в том числе на стадии цирроза печени. После лечения 40 больных с хроническим гепатитом С на фоне применения Тиотриазолина по стандартной схеме (внутривенное введение 4 мл 2,5% раствора в сутки 5 дней с последующим приемом внутрь по 100 мг три раза в день) наблюдалось снижение уровня трансаминаз и билирубина более чем у 80% больных. В работах Е.Е. Самогальской у 86 больных с ХЗП (вирусная этиология – у 25,65% пациентов, алкогольная – у 59,3%, алкогольно-вирусная – у 9,05%, неалкогольный стеатогепатит – у 5,8%) установлен дозозависимый эффект Тиотриазолина. Применение двойной дозы препарата позволило повысить эффективность лечения, о чем свидетельствовала положительная динамика клинической симптоматики и лабораторных показателей на 20-й день лечения.

Одним из важных механизмов действия Тиотриазолина является восстановление процесса глюкуронизации токсинов, что способствует восстановлению и поддержанию детоксицирующей функции печени. В нескольких работах украинских ученых показано, что нормализация общего билирубина и его фракций при применении препарата по стандартной схеме наблюдается уже в первые 3–5 дней лечения.

Тиотриазолин существенно улучшает клиническое течение алкогольного гепатита, что проявляется быстрым купированием астенического синдрома, исчезновением кожного зуда, иктеричности кожных покровов и склер, регрессией цитолиза и холестаза, нормализацией уровня сывороточного билирубина, восстановлением показателей общего белка и альбумина. Так, выраженность астенического синдрома у больных с хроническим алкоголизмом, принимавших Тиотриазолин, уменьшилась к 21-му дню лечения на 87% (в группе сравнения только на 64%), выраженность кожного зуда уменьшилась у 83% больных (в группе сравнения – у 50%), активность АСТ, АЛТ и ГГТП снизилась на 59,3%, 51,5% и 27% соответственно, уровень билирубина – в 2 раза, при этом уровни трансаминаз, ГГТП, ЩФ и общего билирубина были достоверно ниже, чем в группе сравнения.

В открытом рандомизированном сравнительном клиническом исследовании эффективность Тиотриазолина при парентеральном введении больным с острым алкогольным гепатитом оказалась выше по интегральному показателю общей эффективности, чем в группе, получавшей базисную терапию. На фоне Тиотриазолина на 21 день лечения получено статистически достоверное снижение уровня общего билирубина и фракции непрямого билирубина. Эффективность лечения по интегральному показателю общей эффективности для Тиотриазолина при приеме внутрь была сопоставима с таковой при стандартной базисной терапии.

В ЦНИИ гастроэнтерологии изучение эффективности препарата проведено у 35 больных с алкогольной болезнью печени (у 29 заболевание диагностировано на стадии цирроза печени, класс А по Чайльд-Пью – у 14 больных, В – у 6, С – у 9). К окончанию лечения Тиотриазолином по стандартной схеме получена выраженная регрессия клинической симптоматики (слабость, тяжесть в правом подреберье, тошнота, метеоризм). Положительная биохимическая динамика выявлена уже через 5 дней: снизились уровни билирубина, гаммаглутамилтранспептидазы, снижение АСТ было достоверным. По окончании терапии эффективность подтверждена выраженным снижением уровней ферментов цитолиза, холестаза и билирубина.

В одном из исследований продемонстрирована эффективность препарата при лечении гепатотоксичности в процессе комбинированного химиолучевого лечения у онкологических больных. Использование двойной дозы Тиотриазолина 2 раза в сутки (в/в и внутрь) стабилизировало уровень биохимических показателей крови у больных с I–III степенями гепатотоксичности, удерживая их уровень на верхней границе нормы (показано достоверное снижение уровней трансаминаз, ЩФ, ГГТП), что позволило пациентам получать комбинированное лечение в полном объеме и в запланированные сроки.

По данным М.Д. Ханевич и соавт. (2012), применение Тиотриазолина после расширенных гемигепатэктомий в половине случаев предотвратило прогрессирование печеночной недостаточности легкой и средней степени тяжести и явилось одним из эффективных способов улучшить функцию оставшейся части печени.

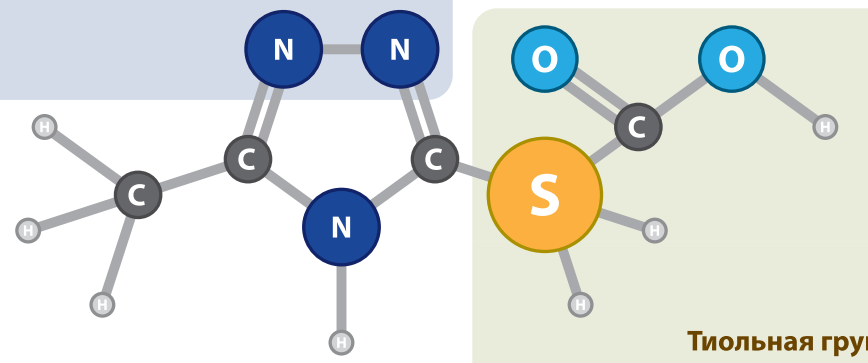
Таким образом, действие препарата в большей степени изучено при алкогольных и токсических гепатитах. Необходимо проведение больших многоцентровых рандомизированных клинических исследований. В ситуациях, связанных с преимущественно токсическим поражением печени, Тиотриазолин может быть рассмотрен для применения с целью восстановления функциональной активности печени.

Е.В. ГОЛОВАНОВА,
Л.Б. ЛАЗЕБНИК,
МГМСУ имени А.И. Евдокимова

Тиотриазолин®

Оригинальный цитопротектор для защиты клеток от гипоксии и окислительного стресса

Два третичных атома азота обеспечивают антигипоксантное действие



Тиольная группа обеспечивает антиоксидантное действие

Свойства* Тиотриазолина®

- Антигипоксантное (противоишемическое)
- Антиоксидантное
- Мембраностабилизирующее
- Иммуномодулирующее

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

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

Ближе к людям
ARTERIUM

ВИРУС ПОД КОНТРОЛЕМ

Наступление эпидемии гриппа и ОРВИ заставляет участников отрасли аккумулировать силы здравоохранения, что называется, «по всем фронтам». В преддверии высокого сезона заболеваемости прошла сочинская III Научно-практическая конференция с международным участием «Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания» Министерства Здравоохранения РФ. На этой конференции компания НИАРМЕДИК впервые представила результаты уникального пострегистрационного проекта «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике».

Распознать именно сезонный грипп в многообразии других ОРВИ врачам обычно бывает непросто. Из-за отсутствия особых клинических признаков. С высокой степенью достоверности выявить возбудителя можно только в лабораторных условиях с использованием специального оборудования. Таким образом, у врачей первичного амбулаторного звена в этой ситуации остается только один вариант – назначать универсальные препараты, которые работают комплексно – и против гриппа, и против других ОРВИ. И этим комплексным решением традиционно становятся индукторы интерферонов.

Тем не менее, даже при всех признанных достоинствах этих ЛП, при наличии результатов многочисленных исследований, разработчики не прекращают их изучение. Именно поэтому препарат «Кагоцел» принял участие в неинтервенционном исследовании FLU-EE «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике», которое проводилось Международным обществом внутренней медицины при взаимодействии в Восточной Европе с Лигой содействия клиническим исследованиям и Евроазиатским обществом инфекционистов с ноября 2013 г.

«Мы изначально заявили исследование как наблюдение за лечением пациентов в повседневной работе врачей», – рассказывает директор по развитию компании НИАРМЕДИК Роман Болгарин. Компанией НИАРМЕДИК была проведена большая работа, которая началась задолго до старта программы «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике». К участию в проекте привлекали исследовательские организации, общались и работали со многими научными экспертами и лидерами мнений в данной области. Ученые из Первого МГМУ им. И.М. Сеченова внесли свой вклад в статистическую обработку собранного массива данных и их клиническую интерпретацию.

В этом уникальном масштабном проекте приняли участие 262 центра в России, Молдове, Армении и Грузии. Во всех странах мира диагностика и лечение больных с гриппом и ОРВИ проводится главным образом в первичных амбулаторно-поликлинических учреждениях по месту обращения и жительства пациентов. Поэтому врачами-исследователями стали специалисты первичного звена здравоохранения: терапевты, семейные врачи и врачи общей практики. Явление в современной практике беспрецедентное и по-своему инновационное. «Это те самые пациенты из нашей реальной жизни, которые обращаются к врачу с совершенно разными жалобами, симптомами и их тяжестью, с целым набором других заболеваний в анамнезе, но с установленным диагнозом ОРВИ и грипп», – рассказывает Роман Болгарин. Исследование «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике» – это не способ поэкспериментировать или ввести новые показания, и не только сбор данных об эффективности и безопасности терапии. Это возможность получить объективные данные, важные для понимания особенностей течения гриппа и других ОРВИ в повседневной клинической практике (популяционная структура больных, сроки обращения за медицинской помощью, динамика клинической картины, применяемые схемы лечения и частота развития осложнений). Кроме того, у врачей есть возможность самостоятельно проанализировать динамику лечения не только исследуемым препаратом, но и сопутствующей терапией, которой было много. В том числе ЛС для лечения сердечно-сосудистой системы, АБ, препараты, влияющие на кроветворение, средства для коррекции заболеваний ЖКТ и др. Также исследователи сами оценивали профиль безопасности препарата.

«В исследовании участвовали пациенты от 18 до 93 лет. Первый визит первого пациента состоялся 6 декабря 2013 г. И, в связи с масштабом, нет ничего удивительного в сроках проведения данной программы. Набрать 18 943 пациента – это серьезная работа», – рассказывает Роман Болгарин, – «плюс в нашем исследовании присутствует фактор сезонности – основной набор пациентов врачи производили с сентября по март. Хотя и здесь не было четких рамок: врач мог включить своих пациентов в исследование в любое время года. Нам было важно соответствие пациентов критериям включения и исключения из протокола программы, а также факт подписания пациентом информированного согласия об участие в неинтервенционной программе».

«Кагоцел» в составе комплексной терапии гриппа и ОРВИ продемонстрировал эффективность у пациентов разного возраста с разной степенью тяжести заболевания, вне зависимости от времени назначения, в том числе при запоздалом лечении на фоне высокого уровня безопасности. В ходе терапии препаратом происходит достаточно быстрое купирование всех рассматриваемых в настоящем исследовании симптомов ОРВИ (озноб, слабость, боль в мышцах и суставах, ринит, першение в горле, кашель, склерит или конъюнктивит, головная боль, повышенная температура тела). На втором визите к врачу не было отмечено симптомов заболевания у 1270 человек (8,80%), несмотря на это пациенты пришли на третий визит. На третьем визите врачами зарегистрировано отсутствие всех анализируемых симптомов ОРВИ и гриппа у 11422 пациентов (79,15%).

Проведение исследования FLU-EE «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике» на территории Российской Федерации было одобрено Независимым междисциплинарным комитетом по этической экспертизе клинических исследований; на территории Армении, Молдовы и Грузии – Международным Фрайбургским этическим комитетом. Здесь надо подчеркнуть ещё один немаловажный аспект. Это не клиническое исследование. В общепринятой классификации жизненный цикл ЛП состоит из следующих этапов:

1) процесс исследования молекулы;
2) доклинические исследования (в лабораторных условиях и на животных);
3) клинические исследования, интервенционные программы, которые состоят из 4 фаз: 1, 2, 3, 4 фаза при этом первые 3 фазы проводятся обычно до регистрации препарата, а 4 фаза – после регистрации. Такие клинические программы имеют жесткие критерии включения и невключения пациентов, здесь все действия врача-исследователя регламентированы протоколом и дизайном программы, применим строгий мониторинг и отклонений от протокола программы не должно быть;
4) неинтервенционные исследования – это категория программ, которые не вмешиваются в процесс лечения пациента, а ЛП назначается обычным способом, по инструкции препарата, на основании ранее проведенных доклинических и клинических исследований. Как раз это и является форматом проекта «Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике». Далеко не каждый фармпроизводитель готов предпринять такой серьезный, масштабный и затратный проект. Компания НИАРМЕДИК это сделала.

«Проект не является клиническим исследованием и проводился исключительно по инициативе компании. Это не только сбор данных об эффективности и безопасности терапии нашим препаратом. Это возможность получить объективные данные, важные для понимания особенностей течения гриппа и других ОРВИ в рутинной клинической практике», – подчеркнул директор по развитию компании НИАРМЕДИК Роман Болгарин.

кагОцел®
противовирусное средство

№1 СРЕДИ ПРЕПАРАТОВ ОТ ПРОСТУДЫ И ГРИППА[1]

Кагоцел® – выбор специалистов![2]

- **Кагоцел®** эффективен при приеме вплоть до четвертого дня от начала появления первых симптомов ОРВИ и гриппа.
- **Кагоцел®** показал высокую эффективность вне зависимости от времени начала терапии ОРВИ и гриппа в условиях амбулаторной практики у группы из 14 431 пациента (медицинские центры России, Армении, Молдовы, Грузии)[3].
- **Кагоцел®** быстро улучшает самочувствие и сокращает продолжительность клинических симптомов гриппа и ОРВИ вне зависимости от этиологии заболевания.
- **Кагоцел®** входит в СТАНДАРТЫ МИНЗДРАВА РФ по оказанию специализированной медицинской помощи при гриппе средней и тяжелой степени тяжести[4].
- Профилактический 4-недельный курс приема **Кагоцела** способствует снижению частоты возникновения ОРВИ и гриппа в 3 раза, а также достоверно снижает число осложнений в 5 раз[5].
- **Кагоцел®** имеет высокий профиль безопасности.

Современный противовирусный препарат для взрослых и детей с 3 лет

[1] По данным ЗАО «Группа ДСМ», Кагоцел® – самый популярный противовирусный препарат от простуды и гриппа в РФ в 2015 г., в упаковках. [2] По результатам голосования российских врачей в рамках премии «Russian Pharma Awards 2015» Кагоцел® – самый назначаемый препарат при профилактике и лечении ОРВИ и гриппа; по результатам голосования специалистов аптечной индустрии в рамках премии «Зеленый крест 2015» Кагоцел® – лучший безрецептурный препарат. [3] Ситников И.Г. с соавт. Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике: результаты промежуточного анализа неинтервенционного, открытого, проспективного, наблюдательного исследования // Лечащий врач. – 2015. – № 9. – С. 95–99. [4] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г.: № 724н, № 842н. [5] Льткина И.Н., Малышев Н.А. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения // Лечащий врач. – 2010. – № 10. – С. 66–69.

Реклама

ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС»
125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12. www.kagocel.ru
Тел./факс: +7 (495) 741-49-89.
Рег. уд. Р N002027/01 от 19.11.2007.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ГЕНЕРИУМ И РАН:

В рамках интенсивно развивающегося сотрудничества Российской академии наук и компании «Генериум» директор ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА» России, академик РАН, профессор А.Г. Чучалин и руководство биотехнопарка «Генериум» провели совместную конференцию – сессию молодых ученых.

Научное взаимодействие между РАН и «Генериумом» началось в конце 2015 г., когда в Академии состоялся симпозиум «Инновационные лекарственные средства в респираторной медицине». Он проходил в рамках научной сессии общего собрания членов РАН и был посвящен научным разработкам компании «Генериум».

Впервые ежегодная Сессия молодых ученых проводилась на базе «Генериума». В ней приняли участие более 20 молодых врачей-интернов, ординаторов, аспирантов по специальности пульмонология, терапия, кардиология, эндокринология. В конференции также приняли участие:

А.С. Белевский, д.м.н., профессор кафедры пульмонологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный пульмонолог Департамента здравоохранения г. Москвы, руководитель отдела ординатуры и аспирантуры ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России»;

Л.В. Шогенова, к.м.н., старший научный сотрудники института ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России»;

Д.А. Кудлай, д.м.н., профессор, генеральный директор ЗАО «Генериум»;

Р.А. Хамитов, д.м.н., профессор, генеральный директор ООО «МБЦ «Генериум»;

Д.А. Потеряев, к.б.н., и. о. директора по науке ООО «МБЦ «Генериум».

Обсуждались вопросы диагностики, лечения и профилактики заболеваний бронхолегочной, кардио-респираторной системы, редких заболеваний. Основной темой научной дискуссии стала возможность применения препаратов, разрабатываемых компанией «Генериум», для лечения респираторных заболеваний.

Были представлены доклады:

«Отечный синдром. Критерии тяжелого жизни угрожающего течения ХОБЛ. Патогенетические механизмы развития и лечения» (Д.А. Кирилова, аспирант 3-го года ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова), «Электромиостимуляция скелетной мускулатуры как альтернативный способ физической тренировки у пациентов ХОБЛ» (Т.В. Кунафина, аспирант 1-го года ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова); «Трансплантация легких у пациентки с муковисцидозом легких» (М.С. Кеворкова, ординатор 2-го года ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России); «Диагностический алгоритм и тактика ведения больных ХОБЛ с гиперкапнической ДН» (Аунг Кьяф Со, аспирант 1-го года ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова).

По итогам сессии молодых ученых академик РАН А.Г. Чучалин дал рекомендации аспирантам по продолжению научной работы. Кроме того, он внес несколько предложений по перспективным показаниям для разработок «Генериума». В частности, один из препаратов, находящихся в разработке, может быть особо актуален для терапии осложнений высокопатогенного «птичьего гриппа» (H5N1, H7N9). Разработки «Генериума» в части ферментов могут стать прорывом в терапии абсцессов легкого, эмпиемы плевры и хронических рецидивирующих риносинуситов и бронхоэктазов.

«Генериум» – один из крупнейших и эффективных центров прикладной науки, – отметил академик А.Г. Чучалин, – добился фантастических результатов. В течение шести последних лет он создал ряд лекарственных препаратов для диагностики и лечения социально значимых заболеваний: орфанных и онкологических, гемофилии, рассеянного склероза, дефицита гормона роста, туберкулеза, инфаркта миокарда и инсульта.

Особое значение среди исследований «Генериума» приобретает инновационный препарат для диагностики туберкулеза Диаскинтест, который применяется в России для скрининга туберкулеза у детей 8–17 лет как совершенная и эффективная альтернатива пробе Манту.

Диаскинтест удостоен премии Правительства РФ в области науки и техники и высшей международной награды в области биофармацевтики – премии Галена. Приказ Минздрава № 951 регламентирует использование Диаскинтеста в России.

Продолжается внедрение современного диагностикума – аллергена туберкулезного рекомбинантного (препарат Диаскинтест), включенного в схемы иммунодиагностики туберкулеза у детей, принятых в конце 2014 г. приказом Минздрава № 951. В частности, документ рекомендует наряду с привычной в российской практике пробой Манту активно использовать современный препарат, созданный «Генериумом».
В связи с дискуссионностью данной темы мы попросили главных детских фтизиатров пяти регионов России высказать свое мнение по поводу нововведений.

Профессор кафедры госпитальной терапии и фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», главный фтизиопедиатр Дальневосточного федерального округа Л.Н. МОТАНОВА.

Убеждена, что теперь, когда мы будем следовать приказу Минздрава № 951, значительно улучшится выявление и активного туберкулеза, и посттуберкулезных изменений в легких после уже перенесенного заболевания у детей. Начиная с 2009 г., в Приморье все шире используется Диаскинтест для обследований детей 1–7 лет в дополнение к основному скрининговому тесту – пробе Манту. Таким образом, мы фактически уже выполняем то положение нового приказа, которое относится к применению аллергена туберкулезного рекомбинантного у детей данной возрастной группы.

На нашей территории распространенность туберкулезной инфекции достаточно высока. Поэтому у детей всех возрастных групп, в том числе и младшего возраста, проба Манту часто оказывается положительной. Мои коллеги уже много говорили о том, как сложно фтизиатрической службе обследовать всех детей, имеющих положительные реакции на пробу Манту и в данном потоке выявить тех, у кого есть истинный риск развития туберкулезной инфекции. **Поймите тревогу и сомнения врача, когда он видит ребенка, на здоровье которого мама не предъявляет жалоб, читает «спокойный» анализ крови, видит результаты рентгенологических методов обследования, вплоть до мультиспиральной компьютерной томографии, отрицающие какую-либо патологию легких, и при этом только на основании положительной пробы Манту назначает ребенку превентивное лечение противотуберкулезными препаратами.** Понятно, что российским фтизиопедиатрам очень хотелось бы, чтобы в нашем арсенале был более надежный, чем туберкулиновая проба, дополнительный критерий, оправдывающий такое назначение и позволяющий убедить маму в необходимости лечить ребенка, которого она считает здоровым.

Другая проблема, с которой мы сталкивались, применяя пробу Манту, связана со снижениям доверия со стороны родителей к данному исследованию, а вслед за этим – к работе всей нашей службы, да и к нашей способности защитить детей от туберкулеза. Из-за этого постоянно увеличивается число отказов родителей и от проведения детям пробы Манту, и от последующего направления детей на дообследование к фтизиатру на основании результатов данной пробы. Основываясь на публикациях интернета и СМИ, общаясь с другими родителями, мамы и папы приходили к заключению, что проба Манту – недостаточно надежный метод раннего выявления туберкулеза у детей. Региональное управление Роспотребнадзора критиковало нас за рост отказов родителей от проведения туберкулиновых проб с целью раннего выявления туберкулеза у детей и подростков. Преломить ситуацию и повысить доверие родителей к диагностической работе нам удалось только в 2010–2011 гг., когда все более широкое применение Диаскинтеста вместе с пробой Манту вооружило нас надежными критериями отбора детей с риском развития туберкулезной инфекции.

Что же касается применения только Диаскинтеста для раннего выявления, то наш опыт пока невелик. Но результаты пилотных исследований, проведенных в других регионах, убедительно доказывают роль аллергена туберкулезного рекомбинантного как основного скринингового метода ранней иммунодиагностики. Я полагаю, что применяя Диаскинтест у детей 8–17 лет, мы не только сможем повысить выявление малых, клинически невыраженных форм туберкулеза в данной возрастной группе, но и избежим гипердиагностики и необоснованной превентивной терапии противотуберкулезными препаратами здоровых детей. Безусловно, применение Диаскинтеста поможет нам убедить родителей в высокой эффективности современной системы раннего выявления туберкулеза у детей и значительно сократит отказы от дообследования и превентивного лечения детей противотуберкулезными препаратами.

Руководитель отделения терапии легких у детей ФБГУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии», главный фтизиопедиатр-эксперт Северо-Западного федерального округа, профессор И.Ф. ДОВГАЛЮК.

Подписанный министром В.И. Скворцовой приказ Минздрава № 951 от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания» не обсуждается, а должен выполняться всеми работниками отечественной системы здравоохранения. Так было и будет со всеми аналогичными документами, такова практика и во всем мире. Но для нас, детских фтизиатров Северо-Западного Федерального округа, ситуация с этим приказом особенная. Основываясь на многолетнем опыте применения двух методов аллергодиагностики туберкулеза, мы оцениваем этот документ как революционное и очень своевременное руководство к действию, адекватно отражающее достоинства и недостатки пробы Манту и Диаскинтеста, а также природные особенности самой туберкулезной инфекции и характер ее распространения в детской популяции России.

У нас, к сожалению, сложилась ситуация, когда применение одной только пробы Манту с 2 ТЕ стандартным туберкулином давало как бы «наслоение» двух результатов, указывающих либо на вакциноаллергию, либо на инфекционную аллергию. И разобраться, какой же фактор привел к положительной реакции, бывает очень трудно. То есть использование пробы Манту не дает ответа на вопрос, есть ли у ребенка угроза туберкулеза или нет. И с такой сложной ситуацией мы сталкивались, когда необходимо было принимать решения на основе положительного результата этого обследования более чем у 50–60% детей. Уверена, что внедрение Диаскинтеста как скринингового метода при ранней диагностике туберкулеза у детей 8 лет и старше, благодаря высокой специфичности данного метода, позволяет избежать подобного «наслоения» и за счет этого значительно улучшает качество нашей работы. Напомню, что около 4/5 детей после 7 лет уже инфицировано туберкулезом, и способность Диаскинтеста выявлять именно активность туберкулезной инфекции окажется особенно полезной именно в этой возрастной группе.

Что же касается детей до трех лет, которым новый приказ предписывает, как и всей возрастной группе 1–7 лет, проводить ежегодно не только пробу Манту, но и Диаскинтест, то здесь комбинированное применение этих методов

СОТРУДНИЧЕСТВО ШАГ ЗА ШАГОМ

окажется настолько информативным, что позволит практически у всех детей точно отличать поствакцинальную и инфекционную аллергию.

Одна из самых серьезных проблем, с которой мы сталкивались, используя пробы Манту, заключается в том, что примерно у половины больных туберкулезом детей определялся нормоэргический характер чувствительности к туберкулину. Из-за этого мы могли совершать серьезнейшую ошибку – не направлять таких детей на дополнительное обследование. Теперь, когда приказом предполагается более широкое использование Диаскинтеста, риск таких ошибок значительно уменьшится.

Мы проводили сравнительные исследования, в ходе которых применялись не только проба Манту и Диаскинтест, но и иммунологический квантифероновый тест. Они доказали, что наиболее информативным и доступным по цене методом является именно применение аллергена туберкулезного рекомбинантного. Итак, в Северо-Западном Федеральном округе мы работаем с Диаскинтестом уже с 2009 г., и в целом для детей всех возрастов могу оценить наш опыт только как положительный.

Заведующая кафедрой туберкулеза Ростовского государственного медицинского университета, главный внештатный фтизиатр Южного федерального округа, профессор Л.А. ШОВКУН.

Я положительно оцениваю данный приказ и считаю, что применение обозначенного в нем нового порядка диагностики туберкулезной инфекции у детей значительно повысит ее качество. Если говорить о детях 8–18 лет, то здесь применение Диаскинтеста существенно улучшит выявление не только активного туберкулеза, но и остаточных изменений в легких после уже перенесенного заболевания. Например, обызвествленных лимфатических узлов бронхопульмональной группы, которые часто остаются незамеченными при рентгенологических обследованиях грудной клетки, но обнаруживаются при мультиспиральной компьютерной томографии.

Если же говорить о детях 1–7 лет, то здесь применение пробы Манту с 2 ТЕ в соответствии с новым приказом сохранено. И это совершенно справедливо, поскольку под контролем этого метода принимается решение о необходимости ревакцинации БЦЖ ребенка в возрасте 7 лет. В то же время применявшаяся ранее следующая ревакцинация в 14 лет уже не проводится. Соответственно, отпадает и необходимость в использовании пробы Манту с 2ТЕ у ребенка старше 7 лет.

Многие детские фтизиатры неоднократно говорили о том, что применение пробы Манту с 2ТЕ ведет к гипердиагностике туберкулеза. Большое количество ложноположительных реакций Манту является серьезной проблемой и в нашей практике. В 2012–2013 гг. мы проводили исследование с участием около 15 тыс. детей школьного возраста. Среди них положительной проба Манту оказалась у 90%, а реакция на Диаскинтест обнаружилась только у 30% детей и подростков. Все эти дети прошли дообследование. С помощью мультиспиральной компьютерной томографии удалось выявить туберкулез у 6% детей в тех случаях, где отмечался позитивный результат Диаскинтеста. Зато среди детей с положительной пробой Манту рентгенологическое обследование не выявило ни одного случая туберкулеза.

Расскажу и о случае, произошедшем два года назад в одном из городов Ростовской области. После вспышки туберкулезной инфекции в колледже, где обучаются подростки 15–18 лет, пришлось срочно обследовать 326 человек, которые находились в контакте с больным активной формой туберкулеза. При этом параллельно применяли пробу Манту с 2 ТЕ, Диаскинтест, флюорографию, мультиспиральную компьютерную томографию. Всего было выявлено 29 подростков больных туберкулезом, причем все – с помощью КТ и Диаскинтеста. У 7-ми подростков этой группы заболевание было определено также с использованием флюорографии. Однако проба Манту с 2 ТЕ у всех контактных лиц была умеренно положительной и не помогла в диагностике ни одного случая заболевания.

Заведующая детской поликлиникой ГБУЗ ЯО «Областная клиническая противотуберкулезная больница», главный детский фтизиатр Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области Л.А. ВАСИЛЬЕВА.

По поводу новой схемы иммунодиагностики туберкулеза согласно приказу Минздрава № 951 от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания» я бы хотела высказать общее мнение детских фтизиатров Ярославской области, педиатров, а также руководителей здравоохранения нашего региона. Это правильная, надежно обоснованная и давно ожидаемая реформа, которая не только значительно улучшит качество аллергодиагностики этого опаснейшего заболевания, но и сэкономит значительные средства в областном «медицинском бюджете».

В нашей области мы широко применяем Диаскинтест с 2009 г. Уже с первых лет использования этого метода стало складываться впечатление, что он имеет преимущества перед пробой Манту, хотя есть и категории детей, у которых эти два метода целесообразно комбинировать. В 2012 г. мы решили проверить, насколько обоснованно наше мнение. Был проведен двухлетний пилотный проект с участием более 120 тыс. детей и подростков в возрасте до 18 лет. Мы оценивали не только показатели эффективности, но и безошибочности данных методов.

Анализ этого огромного массива данных показал, что оптимальной схемой иммунодиагностики детей в возрасте 1–7 лет является одномоментное применение Диаскинтеста и пробы Манту как дополнительного метода. А для детей от 8 до 18 лет, подавляющее большинство из которых уже имеют положительные результаты туберкулиновой пробы, для качественной скрининговой диагностики оказалось вполне достаточно одного Диаскинтеста. Добавление пробы Манту для детей школьного возраста уже не только не повышает эффективность обследований, но и дает множество ложноположительных результатов, на основании которых дети с поствакцинальной аллергией или туберкулезным инфицированием (но не заболеванием туберкулезом) направляются на до обследование или превентивное лечение. Результаты нашего пилотного проекта также показали, что раннее выявление так называемых малых форм туберкулеза, которые в дальнейшем могут привести к заболеванию вторичным туберкулезом уже у взрослых, может успешно проводиться только с помощью Диаскинтеста и мультиспиральной компьютерной томографии. В то же время, если ребенок до 7 лет не был вакцинирован против туберкулеза, то пробу Манту целесообразно использовать для него как индивидуальный метод иммунодиагностики.

Главным недостатком внутрикожной аллергической пробы с туберкулином является то, что по причине буквально лавинообразного увеличения аллегических реакций у детей этот метод сегодня во многом потерял свое значение. Двухнедельная гипоаллергенная диета, назначение антигистаминных препаратов за день до пробы Манту, тщательное обследование, а если нужно, и лечение против гельминтов – какие только способы увеличить специфичность этого метода мы ни применяли, и все равно нам не удалось существенно уменьшить число «положительных реакций», не имеющих никакого отношения к микобактерии туберкулеза!

Сегодня детская фтизиатрическая служба нашей области полностью готова работать в соответствии с новым приказом Минздрава. Все медицинские работники, которые применяют Диаскинтест, прошли обучение на базе Областной клинической противотуберкулезной больницы, мы регулярно проверяем качество их работы. Благодаря пилотному проекту мы обосновали целесообразность и эффективность использования новой схемы иммунодиагностики именно в нашем регионе. Применение Диаскинтеста поддерживают и родители. Охват данным методом уже сегодня на нашей территории составляет 98% всех случаев аллергодиагностики туберкулеза у детей.

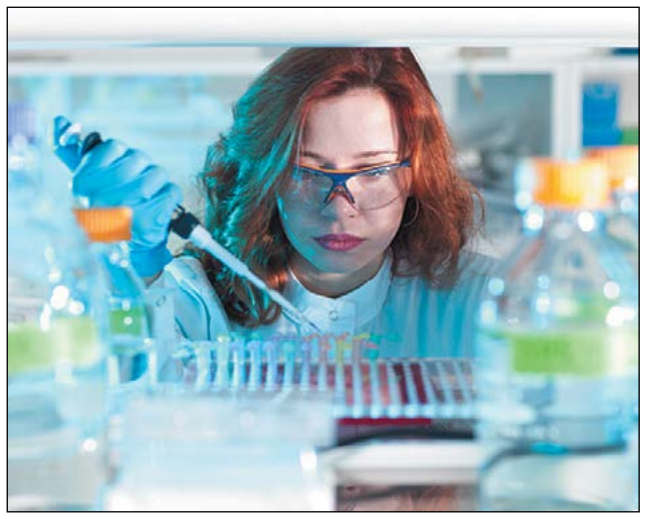
Заместитель главного врача по организационно-методической работе Рязанского областного клинического противотуберкулезного диспансера, главный специалист – детский фтизиатр Министерства здравоохранения Рязанской области Е.Н. ДОЛЖЕНКО.

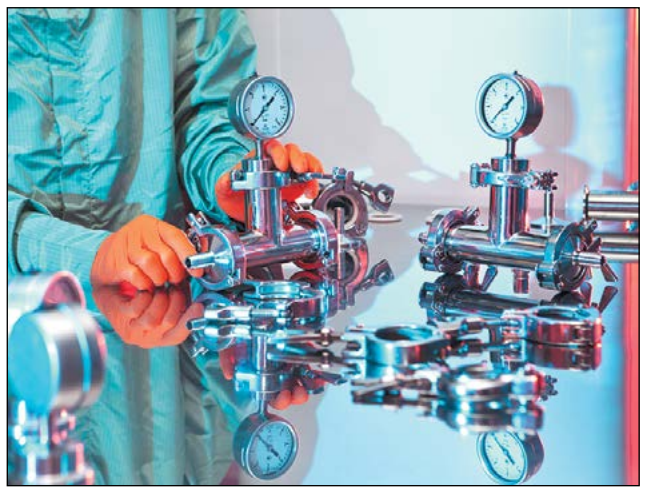
Я поддерживаю новую схему ранней иммунодиагностики туберкулеза у детей, которая утверждена приказом Минздрава № 951. И считаю, что она вполне может заменить «традиционную» пробу Манту на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. Уверена, что в результате диагностика туберкулеза у детей улучшится. Главное, что мы приобретем благодаря этой реформе, заключается в том, что сократятся необоснованные назначения детям противотуберкулезных препаратов. С каждым годом дети становятся все более аллергизированы, соответственно все чаще положительные туберкулиновые пробы связаны не только с инфицированностью ребенка, но и с повышением в его организме аллергического фона. Применение Диаскинтеста (в меньшей степени, чем проба Манту) приводит к ложноположительным результатам. Это улучшает выявление истинного риска развития туберкулеза, следовательно, мы сможем более обоснованно назначать превентивное лечение.

Итак, новый приказ предписывает проводить детям 1–7 лет сначала пробу Манту в общей педиатрической сети, а затем уже в учреждениях фтизиатрической службы, если ребенка туда направил педиатр, – пробу с Диаскинтестом для уточнения характера туберкулиновой чувствительности. Старшим же детям вместо пробы Манту выполняется иммунодиагностика с использованием аллергена туберкулезного рекомбинантного.

Больше всего проблем, с которыми мы сталкиваемся при использовании пробы Манту, у нас возникает при обследовании детей школьного возраста. Так, при выполнении туберкулиновой пробы в классе из 30 учащихся, лишь 5–6 детей не имеют положительной реакции на эту пробу. Нетрудно себе представить, какой огромный поток школьников может быть направлен по результатам обследования к фтизиатрам... Фтизиатрическая служба любого региона просто не в состоянии выполнить подобную работу. Но ведь в этой категории есть дети, которые действительно нуждаются в дообследовании, а часть из них – и в превентивном лечении. Как же их выявить? Решить эту проблему с помощью одной только пробы Манту в качестве скринингового теста было очень трудно.

Поэтому, как только в 2010 г. в нашем регионе начал использоваться Диаскинтест, мы, убедившись в том, что он способен помочь нам в решении этой задачи, с каждым годом стали расширять показания для его применения. В прошлом году мы обследовали с помощью этого метода всех подростков Рязанской области – около 20 тыс. человек. Реакция на Диаскинтест оказалась положительной примерно у 200 подростков. Из них активный туберкулез с помощью мультиспиральной компьютерной томографии был выявлен у одного ребенка, а у 12-ти мы нашли посттуберкулезные изменения во внутригрудных лимфатических узлах в виде кальцинатов. К сожалению, аллергодиагностика всех этих пациентов с применением пробы Манту показала слабоположительные результаты, при которых ребенок не должен направляться на дообследование. Иначе говоря, с помощью туберкулиновой пробы, как, кстати, и с помощью флюорографии, туберкулез у этих детей не был бы выявлен.





К НАШЕЙ «СУРОВОЙ» ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

Накануне своего юбилея видный ученый, замечательный доктор, академик РАН, ученик великого Е.М. Тареева, профессор Николай Алексеевич МУХИН размышляет о проблемах современной медицины.

Учитель и ученик.

Движение мысли, а не «рук»

Я учился в медицинском институте в середине 50-х гг. Учился у великих клиницистов – В.Х. Василенко, В.Н. Виноградова, А.Л. Мясникова, Ю.Ф. Домбровской, Б.В. Петровского, М.И. Кузина.

В течение почти 30 лет (с двухлетним перерывом) в клинике Евгения Михайловича Тареева работал с выдающимися клиницистами А.В. Сумароковым, О.М. Виноградовой, З.Г. Апросиной и многими другими. Нас учили профессиональному мастерству, прежде всего основным врачебным навыкам, грамотному физическому исследованию, которое в большей мере отражает движение мысли, а не «рук». Иными словами, нас учили не только навыкам как умению, но и своеобразному «навыку» клинического мышления. Уверен, преподаватели, впитавшие эти принципы, сегодны воспитывают в студентах именно такой подход – овладевать навыками как способом получения информации, которую надо научиться правильно интерпретировать.

Конечно, во многих случаях современные технологии позволяют с большей точностью обнаруживать определенную патологию (анатомическую или функциональную), но вряд ли целесообразно во всех случаях проводить тотальный скрининг организма с помощью этих технологий, да и насколько такой скрининг может быть тотальным?

Путь к добротной истории болезни

Действительно, компьютерная томография (КТ) высокого разрешения четко выявляет минимальные изменения на уровне легочных альвеол – симптом «матового стекла», и в определенной степени может заменить даже биопсию легкого у больного фиброзирующим альвеолитом. Но и до КТ обнаружение с помощью аускультации у пациента крепитации делает этот диагноз весьма вероятным. Пневмония, как известно, помимо крепитации, сопровождается рядом других четких признаков. Поэтому надо уметь выявлять крепитацию, не смешивая ее с мелкопузырчатыми звонкими хрипами. Эхокардиография (УЗИ сердца) относительно легко обнаруживает миксому, которую, однако, можно заподозрить уже при аускультации сердца по изменениям внутрисердечного шума в зависимости от перемены положения тела пациента («стоя», «лежа»).

Можно привести бесчисленное количество ситуаций, когда правильная интерпретация выявленного при физическом исследовании признака позволяет более полно оценить его значение. Например, исчезновение пресистолического шума, характерного для стеноза митрального отверстия, часто свидетельствует о более серьезном прогнозе в связи с присоединившейся при этом пороке сердца фибрилляцией предсердий.

Это только несколько примеров, когда овладение имеющимися в арсенале врача методами физического обследования, включая тщательное изучение анамнеза, остается актуальным, т. е. сохраняет свое значение обучение «при постели больного» (М.Я. Мудров), одним из вариантов которого является клинический разбор.

Симптомы надо взвешивать, а не считать

Клинический разбор – обсуждение вечных проблем клинической практики: диагноза, лечения и прогноза у конкретного пациента.

Клинический разбор подразумевает обсуждение большого спектра классических проблем врачебной практики: этиологии заболевания, ее связи с факторами риска, особенностями образа жизни, наследственностью.

Клинический разбор – это тщательный анализ анамнеза, реализующий знаменитый «простой Захарьинский метод анамнеза».

Клинический разбор – это детальное обсуждение клинической картины болезни, оценка индивидуального значения отдельных симптомов и синдромов с использованием знаменитого принципа: «симптомы надо взвешивать, а не считать». Именно «вес» каждого симпотома в общей картине, а не формальное «число» позволяет поставить дифференциальный диагноз, оценить тяжесть состояния.

Клинический разбор – это обсуждение драматических ситуаций, возникающих по мере развития болезни: ДВС-синдром, нежелательные лекарственные реакции и т. п.

Клинический разбор – это оптимальный вариант обследования, целесообразность использования самых современных, подчас небезопасных (инвазивных) методов.

Таким образом, клинический разбор как нельзя лучше подтверждает важность клинического мышления, основанного на постоянно обогащающемся общеклиническом образовании. Участие в нем разных специалистов очень важно: специалист по лучевой диагностике узнает о деталях клинической картины у пациента, в обследовании которого он принимает участие, клинический морфолог выясняет у лечащего врача детали анамнеза и клинической картины болезни пациента, биопсийный материал которого он исследует.

Соблазн легкого диагноза

Подготовка будущего врача всегда была и остается важнейшей социально значимой проблемой, постоянная актуальность которой всем понятна. Но на разных этапах развития общества меняются акценты в понимании проблем в целом.

Настоящий этап характеризуется существенными достижениями в молекулярной биологии, генетике, создании новейших диагностических и лечебных технологий, что может вызвать представление об архаичности традиционных клинических подходов к пониманию болезни у конкретного человека, более того – относительной «легкости» диагностики и лечения при использовании современных инновационных технологий. И «теперь у молодого ученого возникает все больше соблазна отвлечься от постели больного и заняться сложной аппаратурой» (Е.М. Тареев). Но это представление – кажущееся и «не надо думать, что прогресс техники как таковой обеспечивает легкость диагноза» (Е.М. Тареев). Эти очень четкие высказывания корифея отечественной клинической медицины, сделанные ещеф 25 лет назад, сегодня остаются особенно актуальными потому что клиническая медицина «высокого соприкосновения» (high-touch) – опять очень удачный перевод: не просто «прикосновение», но «соприкосновение», – всегда будет высоко оцениваться именно врачом-клиницистом, для которого является важным критическое осмысление всей информации, полученной в результате тщательно изученного анамнеза, рационального использования действительно необходимых высокотехнологических методов.

При обязательном совершенствовании образовательного процесса мы не должны потерять то, что приобреталось веками и что составило важную, живущую и сегодня традицию.

МОСКВА,
ЦЕНТР
МЕЖДУНАРОДНОЙ
ТОРГОВЛИ

Краснопресненская
набережная,
д. 12

XXIV Российский национальный конгресс
«Человек и лекарство»

10–13 апреля 2017 года

РЕГИСТРАЦИЯ
И ЗАЯВКИ
УЧАСТНИКОВ
НА САЙТЕ:
www.chelovekilekarstvo.ru

Предварительная регистрация на сайте http://www.chelovekilekarstvo.ru

Регистрация во время проведения Конгресса – в холле первого этажа Конгресс-центра.

Регистрация для лиц без оплаты оргвзноса обязательна.

ШКОЛЫ ДЛЯ
ПРАКТИКУЮЩИХ
ВРАЧЕЙ

- Тезисы для публикации в Сборнике принимаются до 15 января 2017 г.
- Полная информация по Конгрессу размещена на сайте http://www.chelovekilekarstvo.ru

КОНКУРСЫ
НАУЧНЫХ РАБОТ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
И СТУДЕНЧЕСКИХ
НАУЧНЫХ РАБОТ

- В Конкурсе научных работ молодых ученых могут участвовать лица в возрасте до 35 лет без ученой степени
- В Конкурсе студенческих научных работ могут участвовать студенты 4-6 курсов медицинских и фармацевтических вузов
- В студенческих работах допускается один соавтор-студент

Общие вопросы: info@chelovekilekarstvo.ru
Тезисы: tesis@chelovekilekarstvo.ru
Выставка: stend@chelovekilekarstvo.ru
Научная программа, школы, конкурсы, договоры: trud@chelovekilekarstvo.ru
109029, г. Москва, ул. Нижегородская, 32, стр. 4, оф. 202, Тел./факс: +7 (499) 584 4516

www.chelovekilekarstvo.ru

Общими усилиями и многофакторным подходом в борьбе против диабета!

ШКОЛА
эндокринологов
2016

13 декабря

Здание Правительства Москвы,
Новый Арбат 36

МЕДЗНАНИЯ+
+7(495) 699 14 65, 699 81 84
www.medQ.ru info@medQ.ru

Доступно на Google play
Доступно на App Store
MedQ+

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЙСКАЯ
НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RUSSIAN HEALTH CARE WEEK

5–9 декабря 2016

ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ
VII Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни

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

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

Реклама

ЭКСПОЦЕНТР
МОСКВА

Организаторы:
– Государственная Дума ФС РФ
– Министерство здравоохранения РФ
– АО «Экспоцентр»

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

www.rnz-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.health-expo.ru

Продолжается подписка на 2017 г. через издательство ЗАО «РКИ Соверо пресс»

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

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

www.annaly-nevrologii.ru
Анналы клинической и экспериментальной НЕВРОЛОГИИ
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

БЛАНК-ЗАКАЗ на 2017 год
Название организации (или ФИО) _____
Адрес (с почтовым индексом) _____
Телефон: _____ E-mail: _____
Номера журналов: (1, 2, 3, 4) ☐ ☐ ☐ ☐ нужное отметить

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

Форма № ПД-4

Извещение

ЗАО «РКИ Соверо пресс» **КПП: 770401001**
(наименование получателя платежа)
7704193721 (ИНН получателя платежа) 40702810500170000407 (номер счета получателя платежа)
в **ОАО «Банк Москвы»** БИК 044525219
(наименование банка получателя платежа)
Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810500000000219
Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии» (наименование платежа) _____ (номер лицевого счета (код) плательщика)
Ф.И.О. плательщика _____
Адрес плательщика _____
Сумма платежа _____ руб. ____ коп. Сумма платы за услуги _____ руб. ____ коп.
Итого _____ руб. ____ коп. « _____ » _____ 20 ____ г.
С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.
Подпись плательщика _____

Кассир

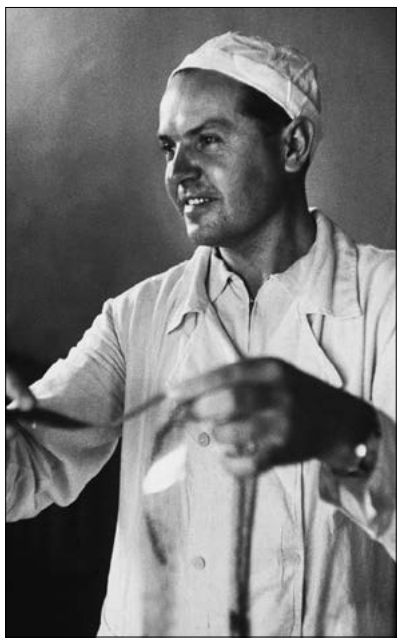
Квитанция

ЗАО «РКИ Соверо пресс» **КПП: 770401001**
(наименование получателя платежа)
7704193721 (ИНН получателя платежа) 40702810500170000407 (номер счета получателя платежа)
в **ОАО «Банк Москвы»** БИК 044525219
(наименование банка получателя платежа)
Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810500000000219
Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии» (наименование платежа) _____ (номер лицевого счета (код) плательщика)
Ф.И.О. плательщика _____
Адрес плательщика _____
Сумма платежа _____ руб. ____ коп. Сумма платы за услуги _____ руб. ____ коп.
Итого _____ руб. ____ коп. « _____ » _____ 20 ____ г.
С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.
Подпись плательщика _____

Кассир

ДОКТОР ДЕМИХОВ – РУССКИЙ ГЕНИЙ
100 лет со дня рождения ученого

Отечественная трансплантология конца XIX в. и первой половины XX развивалась очень интенсивно. В этой области трудились В.Г. Григорьев, Л.В. Соболев, Н.А. Богораз, С.С. Брюхоненко, В.Н. Шамов, А.Г. Лапчинский, Н.П. Синицын и многие другие выдающиеся ученые, занимавшиеся пересадками эндокринных желез, почек, сердца, конечностей, других органов и тканей.



В этом ряду имен одно из главных мест занимает Владимир Петрович Демихов. Проблема пересадки сердца интересовала его со студенческих лет. Окончив в 1940 г. биологический факультет МГУ, В.П. Демихов совместно с Н.А. Юдаевым стал изучать возможность гетеротропической аллотрансплантации сердца на сосудистых анастомозах у млекопитающих в паховую область. Эти исследования были начаты на кафедре физиологии животных и человека МГУ.

Великая Отечественная война надолго прервала научную работу В.П. Демихова. В 1941 г. он был призван в армию и прослужил всю войну: сначала лаборантом фронтовой патологоанатомической лаборатории, затем – военным врачом-патологоанатомом. Демобилизовавшись, ученый продолжил прерванные исследования, имея в запасе не только накопленный опыт, но и новые идеи, например, о реваскуляризации миокарда при коронароартериосклерозе путем формирования маммарокоронарного анастомоза.

Но основное внимание доктор уделил самостоятельно выбранной им теме – пересадке сердца. Сначала – в 1945–1947 гг. – он отработал на собаках технику гетеротопической трансплантации сердца под кожу шеи и грудной стенки. Но ему было ясно, что сердце, в силу своих анатомо-физиологических особенностей, может нормально функционировать только при пересадке в грудную клетку. В этот период ученый разработал пять вариантов пересадки второго, дополнительного сердца. Упорно отрабатывая методику и технику операции, последовательность пересечения и соединения сосудов без применения искусственного кровообращения, Демихов с помощниками испытали немало трудностей прежде, чем добились успеха.

24 февраля 1946 г. была проведена первая в истории медицины пробная операция, а затем – серия таких пересадок. При этом удалось добиться выживания животных с двумя сердцами в сроки от двух до восьми суток. О первых результатах аллотрансплантации сердца в порядке эксперимента В. П. Демихов доложил в 1947 г. на Первой всесоюзной конференции по грудной хирургии. Известно, что эта работа получила высокую оценку председателя конференции, академика АМН СССР А. Н. Бакулева.

В 1947 г. В.П. Демихов перешел работать в Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН СССР (ныне Институт хирургии им. А.А. Вишневского). Под его руководством была сформирована специальная группа, которую в 1953 г. преобразовали в лабораторию по пересадке органов. 25 декабря 1951 г. Демихов добился очередного успеха – осуществил первую в истории ортотопическую пересадку изолированного сердца. За рубежом первая статья американских ученых об ортотопической пересадке сердечно-легочного комплекса без использования искусственного кровообращения появилась только в 1953 г.

В конце 1955 г. великий исследователь занял должность заведующего лабораторией по пересадке органов, созданной при кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова, которую в то время возглавлял проф. В.В. Кованов. Здесь Демихов отрабатывал методику и технику наложения сосудистых анастомозов при трансплантации сердца, широко используя для этой цели созданный в конце 40-х – начале 50-х гг. первый в мире сосудосшивающий аппарат В.Ф. Гудова. Ученый изучал морфологию пересаженного сердца в условиях хронического эксперимента, а также продолжал разработку проблемы перекрестного кровообращения с одним сердцем и вспомогательного – с двумя сердцами.

В 1959–1960 гг. Владимир Петрович Демихов принял участие в работе Международного конгресса по трансплантологии в Мюнхене. Он провел ряд показательных операций по пересадке сердца у собак в Лейпцигском университете. Успех советского хирурга и предложения остаться работать на Западе были очень серьезно восприняты компетентными органами, и В.П. Демихов был отправлен в Москву.

В 1960 г. приказом министра здравоохранения СССР лаборатория В.П. Демихова была переведена в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. К этому времени им было разработано 20 вариантов аллотрансплантации сердца, описанных в книге «Пересадка жизненно важных органов в эксперименте».

В конце 1960-х гг. Демихов разработал двухэтапную операцию по пересадке сердца и легких. Многие видные медики мира приезжали в СССР лишь для того, чтобы присутствовать на операциях Владимира Петровича. В лаборатории Демихова стажировались хирурги из США, Германии, других стран Европы, Южной Африки и Австралии. Дважды, в 1960 и 1963 гг., к Демихову приезжал на стажировку южноафриканский кардиохирург из Кейптауна Кристиан Барнард – тот самый, который 3 декабря 1967 г. стал знаменит на весь мир, осуществив первую в мире пересадку сердца человеку. Примечательно то, что сразу же после окончания операции Барнард позвонил Владимиру Петровичу, поблагодарил и попросил разрешения называть его своим учителем. Стоит отметить, что сначала Барнард запрашивал официальное разрешение у Минздрава посетить лабораторию Демихова, однако получил отказ. Тогда он приехал в СССР как простой турист и подпольно ассистировал Владимиру Петровичу во время операций на собаках в том самом знаменитом подвале института им. Н.В. Склифософского. Именно эти операции, по словам самого Барнарда, окончательно убедили его в том, что пересадка сердца человеку возможна.

В 1966 г. Барнард, чтобы продемонстрировать уровень достигнутого мастерства, сделал двухголовую собаку – на 12 лет позже, чем Демихов.

Когда Барнард прислал Владимиру Петровичу, своему Учителю, небольшую бандероль с невиданными тогда в СССР эластичными носками, Демихову на ее получение пришлось брать унизительное разрешение от Минздрава и органов госбезопасности.

Среди стажеров Демихова был и знаменитый кардиохирург Майкл Дебейки – тот самый, которой проводил операцию аорто-коронарного шунтирования Борису Ельцину. Он высоко ценил талант русского гения и искренне сожалел, что у Владимира Петровича нет медицинского образования и он не может самостоятельно оперировать людей по разработанным им методикам. Среди иностранных знаменитостей, которые посещали Демихова, были брат американского президента Никсона и вдова другого президента – Элеонора Рузвельт, которая чуть ли не сама пыталась ассистировать во время операции.

Научную степень Демихов все же получил. Но не по медицинской специальности. После многих мытарств в 1963 г. диссертацию (на соискание степени кандидата биологических наук) приняли к защите в биологическом совете Московского государственного университета. Защита прошла в переполненном зале в весьма скандальной обстановке. Сначала противники Владимира Петровича вообще хотели сорвать заседание совета. Не получилось. Работа была блистательной. После доклада соискателя и выступлений оппонентов (официальный оппонент на защите профессор Андросов сказал, что эта работа стоит шести докторских диссертаций) Ученый совет единогласно проголосовал «за». Противники Демихова демонстративно покинули зал, зато оставшиеся аплодировали стоя. Но диссертант пробыл кандидатом наук всего полтора часа. Ученый совет (небывалый случай!) проявил научную принципиальность. Последовало повторное голосование – и Демихов стал доктором биологических наук.

Заслуги В.П. Демихова перед мировой трансплантологией огромны. Великий ученый разработал технику операции по трансплантации работающего сердца. Доказал возможность такой операции, которую в 1950–1960 гг. многие отрицали. Он также создал близкую к идеальной экспериментальную модель органной трансплантологии, которая позволила сделать операцию по пересадке сердца человеку массовой и вернуть к жизни многих безнадежных больных. Среди наиболее значимых достижений ученого выделяются исследования по ортотопической аллотрансплантации сердца, комплекса «сердце–легкие» без применения искусственного кровообращения, а также метод маммарокоронарного шунтирования для лечения тяжелой ишемической болезни сердца.

Доктор Демихов – один из величайших экспериментаторов современности, технологиями которого до сегодняшнего дня пользуются все клиники мира, занимающиеся пересадками сердца, печени, почек, легких. Русский гений старался в своих экспериментах делать все для человека.

Из Актовой речи профессора М.Ш. Хубутия «Сохранение и развитие научного наследия В.П. Демихова в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского»

SOVERO press
ГАЗЕТА ИНТЕРФАРММЕДИКА СПЕЦВЫПУСК

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Генеральный директор
В.Б. Тараторкин

Зам. генерального директора
К.А. Бабаскина

Редакция газеты «ИНТЕРФАРММЕДИКА»

Главный редактор
М.О. Бочарова

Зам. главного редактора
М.И. Лаптева

Верстка
А.А. Виноградова

Редактор
С.М. Сосновская

Спец. корреспонденты
С. Петрова
Ю.Ф. Луньков

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

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

©Дизайн ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, инфориационных технологий и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-35244

Газета вручается и рассылается бесплатно каждому участнику выставки, конгресса, съезда, форума, в медицинские университеты, институты, военные академии, крупные больницы и лечебные центры.

Тираж 10 000 экз.

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

Рукописи и иллюстрации не возвращаются. Издатель не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Издатель приветствует письма читателей, но не вступает в переписку. Мнение авторов может не совпадать с точкой зрения редакции.

РУССКИЙ ЯЗЫК КАК ИНСТРУМЕНТ МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕНИЯ

В сентябре этого года в Лондоне во время очередного международного конгресса Европейского респираторного общества произошло знаменательное событие для тех, кто пользуется русским языком, как родным или иностранным. В прошлом году в Амстердаме второй раз был организован и с большим успехом прошел симпозиум на русском языке, посвященный интерстициальному легочному фиброзу. Особенностью симпозиума явилось то, что участники встречи могли слушать все доклады на русском языке. Русскоязычные выступающие, понятно, говорили по-русски, а англоговорящие – с помощью замечательной переводчицы Елены Мареевой. Кстати, она переводила и русскоговорящих докладчиков на английский язык, поскольку в зале оказалось много тех, кто хотел послушать именно ученых из России.

Как уже было сказано, симпозиум был посвящен идиопатическому легочному фиброзу – тяжелому заболеванию, которое быстро приводит к дыхательной недостаточности. Докладчики из России были представлены академиком РАН, профессором А.Г. Чучалиным, профессорами И.Е. Тюриным, С.Н. Авдеевым и Е.А. Коган, а другие страны – К. Антониоу из Греции, У. Костабель из Франции, Л. Ришелди из Италии и М. Васакова из Чехии.

Обсуждались вопросы диагностики, клинической и морфологической картины заболевания, проблемы рентгенологической и функциональной диагностики, обострение болезни, подходы к терапии, а также создание специальных регистров больных идиопатическим легочным фиброзом.

Симпозиум вызвал большой интерес. В аудитории присутствовало около 500 человек, причем многие слушали русскую речь с наушниками, что говорило о высоком интересе к встрече не только со стороны докторов, знающих русский язык.

Каждый выступающий получил от Российского респираторного общества специальный знак. На следующий год планируется провести новый русскоговорящий симпозиум – на этот раз в Милане, где состоится очередной конгресс Европейского респираторного общества.

А.С. БЕЛЕВСКИЙ,
д.м.н., проф. каф. пульмонологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
главный пульмонолог
Департамента здравоохранения г. Москвы