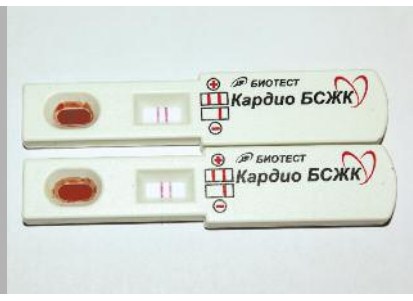
ПОСТ ДИПЛОМ Непрерывное профессиональное развитие
ВЫПУСК ПЯТЫЙ
6–7 стр.

КАК ВЫСТУПИТЬ НА ЕВРОПЕЙСКОМ КОНГРЕССЕ
6 стр.



УНИКАЛЬНЫЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НА ИНФАРКТ МИОКАРДА
12 стр.

ГАЗЕТА
ИНТЕРФАРММЕДИКА
СПЕЦВЫПУСК
Издается с 2008 года
4–5 декабря 2012 года

II НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ»

Сегодня в здании Правительства Москвы открывается II Национальный конгресс «КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ».

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

Российская академия медицинских наук
Научный Совет по неврологии РФ
Научный центр неврологии РАМН
Российский кардиологический научно-производственный комплекс

В конгрессе принимают участие ведущие специалисты научных и клинических центров России.

В рамках конгресса работает выставочная экспозиция лекарственных препаратов, медицинского оборудования и средств реабилитации.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ ТЕМЫ:

- *новые технологии в кардионеврологии*
- *эпидемиология и факторы риска болезней системы кровообращения*
- *профилактика сердечно-сосудистых заболеваний*
- *кардиологические аспекты острой и хронической цереброваскулярной патологии*
- *артериальная гипертония и инсульт*
- *рациональная фармакотерапия в кардионеврологии*
- *реабилитация в кардионеврологии*
- *детская кардионеврология*
- *неврологические аспекты сердечно-сосудистой хирургии*
- *диагностика и лечение кардиогенных пароксизмальных состояний*
- *кардиологические аспекты несосудистых заболеваний нервной системы*
- *вегетативная регуляция сердца*

ЭТАПЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КАРДИОНЕВРОЛОГИИ

Работа на стыке дисциплин – основной вектор развития современной медицины. Важнейшим вкладом в эту тенденцию стало рождение кардионеврологии – науки, объединившей специалистов нескольких ключевых медицинских направлений. Развитие отечественной кардионеврологии исторически тесно связано с НИИ неврологии РАМН (ныне Научный центр неврологии РАМН), которым руководит академик РАМН, профессор З.А. Суслина. Накануне конгресса Зинаида Александровна согласилась встретиться с нами и ответить на ряд актуальных вопросов.

I Национальный конгресс «Кардионеврология», организованный в 2008 г., придал развитию этой науки более уверенный характер. Как происходило становление кардионеврологии?

История отечественной кардионеврологии началась в середине прошлого века – именно тогда академиком АМН СССР Н.К. Боголеповым был инициирован интерес к различным вопросам, стоявшим на стыке двух медицинских дисциплин. На рубеже столетий академик РАМН Н.В. Верещагин, возглавлявший в то время НИИ неврологии РАМН, придал новый импульс развитию кардионеврологии. В его концептуальных научных работах были сформулированы актуальные задачи кардионеврологии, явившиеся, по существу, программой научно-исследовательских изысканий на последующие десятилетия.

Создание материально-технической базы и кадровой основы позволило с середины 1990-х гг. выполнять в Научном центре неврологии РАМН оригинальные исследования по многим направлениям кардионеврологии, результаты которых становились востребованными в повседневной практике. Тогда наш центр был одним из немногих учреждений, где осуществлялась систематическая научно-практическая работа по интеграции смежных дисциплин, задействованных в ангионеврологии. Одной из первых работ, начатой около 20 лет назад, явилось исследование нарушений ритма сердца и ишемии миокарда у пациентов в остром периоде ишемического инсульта. Полученные результаты уже в то время значительно обогатили наши представления о патогенезе ишемического инсульта и позволили разработать новые подходы к лечению и профилактике кардиогенных инсультов. Главной поворотной точкой стало создание в 2004 г. в отделении острых нарушений мозгового кровообращения Научного центра неврологии РАМН лаборатории кардионеврологии, что закрепило за этим научным направлением официальный статус.

По мере того как расширялся спектр наших интересов и увеличивалось количество публикаций мы приобретали все больше сторонников. В 2008 г. стало ясно: пора объединить весь накопленный опыт в области кардионеврологии в рамках одного мероприятия. Им и стал I Национальный конгресс «Кардионеврология», придавший колоссальное ускорение развитию нашей науки.

Итоги I Конгресса оправдали ваши ожидания?

I Конгресс стал событием совершенно беспрецедентным: впервые столь серьезный шаг навстречу друг другу сделали врачи различных медицинских направлений – кардиологи, неврологи, кардиохирурги, специалисты по интервенционной и экспериментальной медицине, эпидемиологи, представители лучевой и функциональной диагностики.

И практические плоды такого взаимодействия не заставили себя ждать. Сегодня во многих неврологических отделениях для больных с ОНМК есть штатные кардиологи и терапевты. Осуществляется тесное взаимодействие со специалистами функциональной и ультразвуковой диагностики, что еще недавно казалось трудновыполнимым. Наряду с вышеперечисленными нововведениями принципиально изменилось отношение к больным, перенесшим инсульт, – в настоящее время такие пациенты оцениваются с позиций мультифокальности поражения сердечно-сосудистой системы и ведутся ангионеврологами совместно с терапевтами, кардиологами, реаниматологами, сердечно-сосудистыми и интервенционными хирургами. В результате, в России, как и во всем мире, зарегистрировано существенное снижение смертности от инсульта, показатель которой уменьшается в среднем на 2,5–2,9% в год. Необходимо отметить, что снижение смертности от инсульта признано одним из 10 величайших мировых достижений современной медицины.

Благодаря принятию и реализации программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» большое внимание медицинского сообщества было привлечено к решению проблемы артериальной гипертензии, в т.ч. как фактора риска цереброваскулярной патологии. Формирование принципов оптимизации терапии артериальной гипертензии у пациентов с острой и хронической формой цереброваскулярной патологии явилось важным итогом наших оригинальных исследований. Понимание значимости артериальной гипертензии как фактора риска сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии повлияло и на принципы профилактики последней. Изменились приоритеты в фармакотерапии, где на главенствующие позиции стали выдвигаться результаты доказательной медицины, ориентированные на увеличение продолжительности жизни больного после инсульта, уменьшение риска всех сердечно-сосудистых осложнений, а также безопасность и разумность.

В России, как и во всем мире, зарегистрировано существенное снижение смертности от инсульта, показатель которой уменьшается в среднем на 2,5–2,9% в год. Необходимо отметить, что снижение смертности от инсульта признано одним из 10 величайших мировых достижений современной медицины.

А с точки зрения признания нашей науки медицинским сообществом, наиболее высокую оценку итогам I Конгресса дало время. За прошедшие 4 года произошло значительное расширение географии кардионеврологии как в стране, так и за рубежом. Проще говоря, если раньше ключевая деятельность так или иначе сводилась к работе научного центра, и отдельные специалисты из других городов сотрудничали с нами, то сегодня мы уже имеем дело с самостоятельными группами специалистов в крупных медицинских учреждениях всей России и ближнего зарубежья. Нынешний конгресс призван объединить уже не единичных исследователей, а российские и зарубежные школы кардионеврологии.

Какие новые достижения кардионеврологии составят программу нынешнего конгресса?

За время, прошедшее с момента проведения I Конгресса, в медицинском мире произошло немало важных событий, в той или иной сфере затрагивающих интересы кардионеврологии. В современной гипертензиологии стала преобладать умеренная позиция в отношении целевых значений артериального давления. Появились данные об отсутствии пользы от рутинной гипотензивной терапии в остром периоде инсульта. В мировую практику внедрены новые тромбоцитарные антиагреганты, демонстрирующие свою эффективность в профилактике инсульта. Поистине революционным явилось начало клинического использования новых пероральных антикоагулянтов, существенно расширивших возможности профилактики инсульта у

(Окончание на с. 2)

ЭТАПЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КАРДИОНЕВРОЛОГИИ

(Окончание. Начало на с. 1)

больных с фибрилляцией предсердий. Идет накопление предпосылок для раннего хирургического лечения фибрилляции предсердий. Большое внимание в профилактике инсульта стало уделяться гиполипидемической терапии. Серьезные научно-исследовательские изыскания и последующее внедрение полученных результатов в практику позволили снизить риск церебральных осложнений при выполнении открытых операций на сердце в условиях искусственного кровообращения.

Не менее важной представляется работа по уменьшению кардиальных осложнений при выполнении операций на артериях головы. Внедрение современных диагностических возможностей, таких как трехмерная эхокардиография, спиральная компьютерная и магнитно-резонансная ангиография, длительное многосуточное и многолетнее мониторирование электрокардиограммы и прочие достижения, значительно обогатили возможности прижизненной диагностики кардиальных изменений у больных с цереброваскулярной патологией. В целом, мне приятно отметить, что в различных областях кардионеврологии Россия сегодня – полноправный участник мирового исследовательского процесса.

Каким образом, помимо конгресса, осуществляется образование врачей в области кардионеврологии на этапе повышения квалификации и последипломной подготовки?

Несомненно, наша работа с врачами не ограничивается только конгрессом: событие, происходящее один раз в 4 года, не может служить рупором всех новостей кардионеврологии. Мы участвуем в разнообразных клинических школах в рамках программ последипломного образования. Прежде всего, это существующий в течение многих лет проект, одобренный Минздравом, – так называемая «Академия инсульта». Наши сотрудники регулярно выезжают в различные субъекты РФ, где читают лекции и проводят мастер-классы по современным аспектам неврологии, в т.ч. кардионеврологии. Кроме того, постоянно публикуются статьи в научных журналах, а также монографии и справочники. В 2010 г. мы выпустили монографию «Практическая кардионеврология», в 2011 г. – «Справочное руководство по кардионеврологии с обзором клинических испытаний». Недавно увидели свет первые российские рекомендации по профилактике кардиологических осложнений сосудистых операций, а поскольку часть этих операций относится к неврологии, это издание тоже может рассматриваться как вклад в развитие кардионеврологии. При участии рабочей группы секции кардионеврологии Российского кардиологического общества готовятся первые рекомендации по первичной профилактике инсульта.

В отношении монографий и справочников мы столкнулись с проблемой, которая сегодня актуальна для многих областей медицины: книга в момент выхода не всегда отражает новейшие достижения. Но есть и положительная сторона – это верный признак того, что наша наука действительно развивается в стремительном темпе.

Наиболее актуальным источником информации на сегодняшний день является сборник трудов нынешнего конгресса, включивший около 60 научных статей ведущих специалистов по сердечно-сосудистым заболеваниям. Опубликованные материалы на высоком методическом уровне позволили высветить многочисленные грани современной кардионеврологии и наметить стратегию будущих исследований. И, наконец, а скорее, прежде всего, информировать медицинское сообщество о важнейших событиях в области неврологии и кардионеврологии нам позволяет научно-практический журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии», который под эгидой Научного центра неврологии РАМН выпускает издательство «Соверо пресс».

Может ли столь интенсивное развитие кардионеврологии привести к появлению новой специальности?

И кардиология, и неврология требуют от специалиста колоссального объема знаний. Ожидать, что один человек сможет в полной мере овладеть обеими специальностями сразу, было бы слишком оптимистично. Достаточно того, чтобы представители разных медицинских профессий хорошо ориентировались в смежных дисциплинах и знали, в каком случае прибегнуть к помощи коллег. Сегодня на конгрессе присутствуют специалисты разных областей, готовые уже не просто по отдельности работать на благо пациента, а делать это вместе, коллегиально.

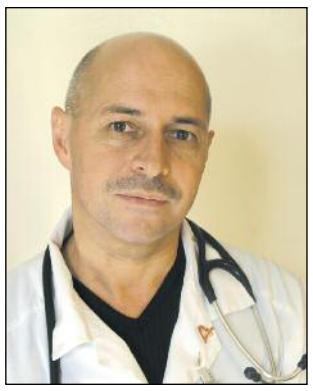
Каковы ваши ожидания от нынешнего конгресса?

Этот конгресс был встречен нашими российскими коллегами с необыкновенным энтузиазмом. Мы получали звонки и письма из всех уголков страны, ряд работ был инициирован участниками специально для представления на конгрессе. Я думаю, что II Конгресс должен послужить импульсом к еще более интенсивному развитию отечественной кардионеврологии, более тесному объединению различных специалистов.

Сегодня открывается большой кардионеврологический форум. Мы с воодушевлением ждем от него радости встреч и общения, обмена новой важной информацией, интересных докладов, дискуссий, идей и инициатив.

Беседу вели
М.О. БОЧАРОВА
и **В.Б. ТАРАТОРКИН**

КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА



Сосудистые заболевания головного мозга являются актуальной медицинской и социальной проблемой. Инсульт ежегодно поражает от 5,6 до 6,6 млн чел. и уносит 4,6 млн жизней. Смертность от инсульта уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11–12%. Перенесенный инсульт значительно увеличивает риск развития повторного инсульта по сравнению с общей популяций лиц того же возраста и пола. Кроме того, у пациентов с инсультом кумулятивный риск инфаркта миокарда и сосудистой смерти в постинсультном периоде на протяжении последующих 5 и более лет неуклонно повышается, возрастая с 8,2 до 17,4%. Это диктует необходимость широкого внедрения общетерапевтических принципов вторичной профилактики, нацеленных на предотвращение не только церебральных, но и кардиальных осложнений. При этом основополагающие позиции обнаруживают тесную параллель вторичной профилактики инсульта и ишемической болезни сердца и включают следующие стратегические направления:

- модификацию поведенческих факторов риска и лечение сахарного диабета;
- антигипертензивную терапию;
- антитромботическую терапию;
- гиполипидемическую терапию;
- реконструктивные операции на крупных артериях.

Модификация образа жизни. Немедикаментозная коррекция устраняемых факторов риска (курение, употребление алкогольных напитков, ожирение, гиподинамия) и лечение сахарного диабета рекомендуется всем больным в рамках вторичной профилактики ишемического инсульта и инфаркта миокарда. Кроме прочего, улучшается качество жизни, общий фон настроения, предупреждается появление депрессии.

Антигипертензивная терапия. Это – основа всех рекомендаций по вторичной профилактике для пациентов с перенесенным инсультом и артериальной гипертонией. Показано, что благодаря гипотензивному лечению относительный риск повторного инсульта уменьшается на 19%, а снижение абсолютного риска составляет 25%. Для предотвращения одного повторного инсульта в год с помощью антигипертензивной терапии необходимо пролечить всего 45 больных с повышенным артериальным давлением. При ишемическом инсульте в настоящее время наблюдается тенденция к более раннему использованию антигипертензивных средств – со 2–3-х суток заболевания. При этом стратегической целью является улучшение суммарного сердечно-сосудистого прогноза в последующей жизни.

Антитромботическая терапия. С целью профилактики повторного ишемического инсульта и коронарных осложнений в терапевтической практике используется широкий спектр антитромботических препаратов, составляющих две основные группы: пероральные антикоагулянты и тромбоцитарные антиагреганты. В настоящее время в основу выбора класса антитромботического средства положено деление больных по предполагаемому патогенетическому механизму инсульта: кардиоэмболический и некардиоэмболический (включая атеротромботический, лакунарный, гемодинамический и прочие уточненные и криптогенные инсульты).

Кардиогенная церебральная эмболия, на долю которой приходится 20–30% среди всех ишемических инсультов, является следствием разнообразных заболеваний сердца. Пациентам, перенесшим кардиоэмболический инсульт на фоне фибрилляции предсердий, протезированных клапанов сердца, при ревматическом митральном стенозе, тромбозе левых камер сердца с целью профилактики повторного инсульта, снижения риска инфаркта миокарда и улучшения выживаемости, должна быть, рекомендована продолжительная терапия варфарином с регулярным контролем показателя свертываемости крови. За последние годы опубликованы результаты трех завершенных сравнительных испытаний по оценке риска эмболических осложнений при применении новых прямых пероральных антикоагулянтов у больных с неревматической фибрилляцией предсердий. Эти препараты (дабигатрана этексилат, ривароксабан, апиксабан) сопоставимы с варфарином по эффективности и безопасности, имеют упрощенный режим дозирования и лишены необходимости регулярного пожизненного лабораторного контроля показателей гемостаза.

Антитромботическая терапия при некардиоэмболическом ишемическом инсульте включает использование, прежде всего, тромбоцитарных антиагрегантов, что позволяет снизить риск всех сердечно-сосудистых осложнений. К наиболее изученным антитромбоцитарным средствам относится ацетилсалициловая кислота (аспирин). В качестве альтернативы аспирину может выступать клопидогрел либо комбинация дипиридамола медленного высвобождения в комбинации с аспирином. В настоящее время в клиническую практику внедряется трифлузал, который похож по своему действию на аспирин, но ассоциирован с меньшим риском геморрагических осложнений.

Гиполипидемическая терапия. Сегодня стало очевидным, что назначение статинов пациентам, перенесшим ишемический инсульт, сопровождается существенным снижением частоты повторного инсульта и серьезных коронарных осложнений. Имеющиеся данные позволяют рассматривать ишемический инсульт как самостоятельное показание к назначению статинов для улучшения выживаемости после инсульта. Следует учесть еще и то, что у многих пациентов данной категории имеется коронарная патология, сахарный диабет, визуализируются признаки атеросклероза, а 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE превышает 5%, что подразумевает назначение гиполипидемической терапии *a priori*. Более того, повышенный уровень холестерина не должен считаться обязательным параметром для назначения гиполипидемической терапии. Можно предположить, что помимо снижения уровня холестерина польза от терапии статинами определяется множественностью их действия: улучшением эндотелиальной функции, антиагрегантным эффектами.

Таким образом, основой предупреждения сердечно-сосудистых осложнений в постинсультном периоде является обязательное долгосрочное соблюдение рекомендаций, базирующихся на данных доказательной медицины, что должно поддерживаться и контролироваться амбулаторным звеном здравоохранения. На сегодняшний день общепризнана концепция, рассматривающая ишемический инсульт не как ишемическую болезнь головного мозга, а как синдром поражения головного мозга, являющийся, по существу, исходом различных заболеваний сосудов, сердца или крови. Поэтому вполне логичным выглядит доминирование терапевтических принципов профилактики повторного ишемического инсульта. Активная стратегия с применением антитромботических, антигипертензивных и гиполипидемических препаратов в сочетании с рациональной диетой и физической активностью может предотвратить более половины всех повторных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с инсультом, сведя их к минимуму. Реализация научно обоснованных кардионеврологических алгоритмов требует разработки специальных программ, направленных на снижение частоты и риска повторных сердечно-сосудистых осложнений, а также продления жизни больного после инсульта.

А.В. ФОНЯКИН,
руководитель лаборатории кардионеврологии,
докт. мед. наук, вед. науч. сотр.
ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Распространенность метаболического синдрома (МС), представляющего сочетание тесно взаимосвязанных гормональных и метаболических нарушений, в общей популяции составляет от 14 до 24%, а среди пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) достигает 40–50%. Большинство компонентов МС сами по себе являются факторами риска развития острых и хронических ЦВЗ, а их суммарное воздействие во много раз повышает эту вероятность.

Атеросклероз и атеротромбоз, являющиеся основной причиной ишемических ЦВЗ, тесно взаимосвязаны с компонентами МС. Так, в условиях инсулинорезистентности активируется липолиз с образованием большого количества свободных жирных кислот. В условиях гиперинсулинемии печень, использующая в качестве энергосубстрата жирные кислоты, начинает синтезировать из глюкозы большое количество триглицеридов. Дальнейшее увеличение концентрации атерогенных липопротеидов приводит к повышению вязкости плазмы и уровня АД, а при избыточном поступлении в субэндотелиальный слой макрофаги не успевают справиться с их утилизацией и преобразуются в пенистые клетки. Одновременно макрофаги выделяют ряд биологически активных факторов – интерлейкины, цитокины, факторы роста и др., что приводит к развитию воспалительной реакции и разрастанию соединительной и гладкомышечной ткани, т.е. к образованию собственно атеросклеротической бляшки.

Известно, что толщина комплекса интима-медиа (КИМ), являющегося ранним и информативным маркером атеросклероза, даже у молодых пациентов с МС больше, чем в популяции в целом. При этом значения КИМ достоверно коррелируют с базальным уровнем триглицеридов, фибриногена и глюкозы в сыворотке крови. Кроме того, у больных с перенесенным инсультом средние показатели толщины КИМ в общей сонной артерии выше по сравнению с лицами без острых церебральных эпизодов.

Морфологические исследования атеросклеротических бляшек показали, что у пациентов с МС (СД 2 типа) чаще встречаются фиброзно-атероматозные бляшки с тонкой покрышкой, некротическим ядром, кровоизлиянием в бляшку, кальцификацией и тонким слоем соединительной ткани. Собственный сравнительный анализ клинических данных и морфологической структуры атеросклеротических бляшек каротидного синуса (удаленных при каротидной эндартерэктомии) выявил, что у пациентов с МС (СД 2 типа) более часто развивается критический атеростеноз и при-

(Окончание на с. 3)

(Окончание. Начало на с. 2)

знаки более активного течения атеросклероза внутренней сонной артерии. У этих пациентов также выявлено преобладание больших очагов атероматоза и большее количество липофагов в составе атеросклеротической бляшки, а также явлений очагового фиброза с кальцинозом в средней оболочке артерий при сравнении с пациентами без МС.

У пациентов с ишемическими ЦВЗ на фоне метаболического синдрома нередки нарушения функции сердца (по данным клинических и инструментальных методов исследования). При трансторакальной эхокардиографии более чем в 90% случаев регистрируются структурно-функциональные изменения сердца в виде увеличения полости левого желудочка и/или левого предсердия, нарушения диастолической функции и гипертрофии левого желудочка, признаки атеросклеротического поражения восходящего отдела аорты, утолщение или кальциноз створок клапанов.

Ведущим, а иногда решающим моментом в развитии ЦВЗ являются нарушения в системе гемореологии и гемостаза. Гипергликемия приводит к повышенному гликированию мембранных протеинов тромбоцитов, что снижает их упругость и продолжительность жизни. В результате отмечается гиперагрегация тромбоцитов и повышенное высвобождение биологически активных веществ, способствующих тромбообразованию. Большое количество изменений в системе гемореологии и гемостаза, выявляемых при различных проявлениях МС, позволили расширить описание МС за счет субклинического воспаления, нарушений тромбообразования, фибринолиза и эндотелиальной дисфункции.

У всех пациентов с ишемическими ЦВЗ при рассмотрении первичного тромбоцитарного звена гемостаза обнаруживается повышенная по сравнению с нормой агрегация тромбоцитов, при этом у пациентов с МС эти показатели достоверно хуже, чем у пациентов без него. Агрегационные характеристики эритроцитов (индекс и амплитуда агрегации, скорость образования трехмерных агрегатов) также отличаются у больных с МС. Ряд показателей системы гемостаза у пациентов с МС (уровень фибриногена, протромбиновое время, протромбиновый индекс, уровень антигена фактора фон Виллебранда) достоверно отличается не только от контрольных значений, но и от показателей лиц без МС.

В процессе проведения биохимической и ультразвуковой функциональной «манжеточной» пробы на выявление дисфункции эндотелия показано, что МС оказывает свое негативное действие на все звенья атромбогенной активности сосудистой стенки (антиагрегантной, антикоагулянтной, прокоагулянтной и фибринолитической), вызывая их дискоординацию уже на стадии начальных проявлений ишемических ЦВЗ. У подавляющего большинства больных с ишемическими ЦВЗ на фоне МС имеются также и ультразвуковые признаки эндотелиальной дисфункции (в виде недостаточного расширения плечевой артерии в пробе на ее поток-зависимую вазодилатацию), постепенно истощающиеся по мере прогрессирования ишемии мозга и реализации острого цереброваскулярного эпизода.

Степень дисфункции эндотелия коррелирует с длительностью артериальной гипертонии и уровнем гипергликемии. Учитывая, что устойчивость к тромбообразованию в значительной степени зависит от атромбогенности эндотелия сосудов, можно полагать, что частичное или полное истощение его может являться одним из предрасполагающих к возникновению тромбоза и развития острого нарушения мозгового кровообращения механизмов. При динамическом наблюдении у больных с ишемическими ЦВЗ отмечается постепенное истощение антиагрегационных, антикоагулянтных и фибринолитических возможностей эндотелия.

Таким образом, имеющая место при МС ассоциация атерогенного действия основных его компонентов – гиперинсулинемии, артериальной гипертонии, дислипидемии и ожирения – на фоне дизрегуляции системы гемостаза и гемореологии существенно увеличивает риск возникновения гиперкоагуляции и тромбоза артерий головного мозга. Это неблагоприятное сочетание нарушений гомеостаза при всех проявлениях МС провоцирует ухудшение клинической картины основного сосудистого заболевания – так, при ишемическом инсульте на фоне сопутствующего МС неврологический дефицит более выражен, чем без него, а восстановление пострадавших функций имеет более медленное течение и худший результат. Хронические ЦВЗ, протекающие на фоне МС, также характеризуются относительной «злокачественностью» возникновения и течения как общеклинической, так и неврологической симптоматики.

Важным аспектом клинической картины у пациентов с ЦВЗ на фоне МС является частая выявляемость когнитивных нарушений – приблизительно в 1,5 раза по сравнению с больными без проявлений МС, что обусловлено наличием морфологического субстрата (мелких лакунарных инфарктов в глубоких отделах головного мозга, в т.ч. «немых», зон лейкоареоза, расширения желудочков мозга и субарахноидального пространства). По результатам проведенного психологического тестирования 20% больных с МС имеют худшие показатели по шкале MMSE.

МС – кластер патогенетически взаимосвязанных метаболических и сосудистых нарушений, является одной из приоритетных проблем современной медицины. Это связано с взаимопотенцирующим действием его компонентов, приводящих к быстрому прогрессированию и развитию осложнений сосудистых заболеваний, в т.ч. и заболеваний головного мозга. Изучение различных аспектов формирования, манифестации, развития осложнений МС чрезвычайно актуально в связи с возможностью раннего прогнозирования и профилактики цереброваскулярных заболеваний. Сведений, которыми обладают неврологи на сегодняшний день, недостаточно для выработки адекватной тактики ведения такого рода больных. В частности, остается много неясных вопросов относительно антигипертензивной, гиполипидемической, антитромботической, метаболической и других составляющих терапии больных с ишемическими ЦВЗ на фоне МС, что должно стать стимулом для продолжения научных исследований в этом направлении.

М.М. ТАНАШЯН,
докт. мед. наук, профессор,
заместитель директора по научной и лечебной работе
ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

Фибрилляция предсердий (ФП) на сегодняшний день является одним из наиболее частых нарушений сердечного ритма: по данным исследования ATRIA, распространенность этой аритмии в популяции США составляет около 1%. Фибрилляцией предсердий страдают 2,3–5,1 млн пациентов в США и не менее 4,5 млн пациентов в Евросоюзе. В связи со старением популяции ожидается увеличение частоты встречаемости ФП – с 2,3 млн случаев в 2000 г. до 5,6 млн в 2050 г.

ФП является сильным независимым фактором риска инсульта. Если при ишемической болезни сердца риск развития инсульта в 2,4 раза выше, чем у пациентов без этого заболевания, при артериальной гипертензии – в 3,4 раза, то у пациентов с ФП эта цифра достигает 4,8, т.е. ФП почти в 5 раз повышает вероятность возникновения инсульта. Один из каждых шести инсультов развивается у пациента с ФП.

Распространенность инсульта остается чрезвычайно высокой – во всем мире его переносят около 15 млн пациентов в год, и у 5 млн из них заболевание заканчивается летальным исходом. В США инсульт ежегодно развивается приблизительно у 795 тыс. чел., и каждая 18-я смерть обусловлена этим заболеванием. Кроме того, инсульт – одна из главных причин длительной и тяжелой инвалидизации пациентов, которая может быть связана как с соматическими расстройствами, так и с психоэмоциональными нарушениями.

Затраты на лечение инсульта напрямую зависят от его тяжести. В этой связи необходимо отметить, что инсульты, связанные с ФП, протекают значительно тяжелее инсультов другой этиологии.

В настоящее время определены факторы риска, увеличивающие вероятность развития инсульта при ФП. Они послужили основой для создания шкал стратификации риска в профилактике инсульта при ФП – $CHADS_2$ и CHA_2DS_2-VASc. Категория риска инсульта, определяющая тактику профилактических мероприятий, зависит от суммы баллов по данным шкалам. В случае низкого риска (сумма баллов 0) медикаментозная профилактика инсульта не проводится. В том случае, когда имеется 1 «не крупный» фактор риска (средний риск, сумма баллов 1), пациенту нужно назначить аспирин в дозе 75–325 мг/сут или пероральный антикоагулянт, причем назначение последнего предпочтительнее. Если имеется один «крупный» фактор риска или ≥2 «не крупных» факторов (высокий риск, сумма баллов ≥2), необходимо применение пероральных антикоагулянтов – антагонистов витамина К (АВК) – под контролем международного нормализованного отношения (МНО), целевые значения которого составляют 2,0–3,0.

Необходимо заметить, что число пациентов, относящихся к той или иной категории риска, значимо различается в зависимости от используемой шкалы. В рамках исследования Euro Heart AF cohort было проведено сравнение шкал $CHADS_2$ и CHA_2DS_2-VASc. При использовании шкалы $CHADS_2$ 20,4% пациентов попадает в группу низкого риска. В соответствии с представленными выше рекомендациями профилактика инсульта этим пациентам не показана, однако риск развития тромбоэмболических событий у них достаточно высок (1,4% в год). Более трети пациентов относятся к группе среднего риска по шкале $CHADS_2$, и тактика профилактических мероприятий у них остается неопределенной: таким пациентам может быть назначен как АВК, так и аспирин. В связи с невысокой приверженностью к лечению АВК пациенты и врачи зачастую делают выбор в пользу аспирина, хотя во многих исследованиях было показано, что АВК существенно превосходят его по эффективности.

Использование в шкале CHA_2DS_2-VASc дополнительных факторов риска приводит к тому, что в группу высокого риска попадает значительно большее число пациентов, чем при применении шкалы $CHADS_2$ (75% и 46% соответственно). Таким образом, шкала CHA_2DS_2-VASc выявляет пациентов с недооцененным риском инсульта по шкале $CHADS_2$, применение АВК у которых абсолютно необходимо и уменьшает количество больных группы среднего риска, рекомендации для которых достаточно неопределенны. В этой связи Европейским обществом кардиологов рекомендовано первоначальное использование шкалы $CHADS_2$; если же сумма баллов по ней составляет 0–1, необходимо воспользоваться шкалой CHA_2DS_2-VASc для оценки дополнительных факторов риска.

Профилактика тромбоэмболических осложнений с использованием пероральных антикоагулянтов остается ключевой позицией лечения ФП. Она должна проводиться вне зависимости от выбранной стратегии в отношении сердечного ритма (удержание синусового ритма или достижение нормосистолии при сохранении ФП).

Наиболее широкое применение на сегодняшний день находят пероральные антикоагулянты из группы АВК – варфарин и др. Механизм действия АВК заключается в блокировании выработки витамин-К-зависимых факторов свертывания крови (II, VII, IX, X) печенью. Эффективность АВК в профилактике инсульта была подтверждена во множестве исследований. Было показано, что АВК предотвращают инсульт более эффективно, чем плацебо, антиагреганты и гипотензивные средства, причем снижение риска инсульта особенно велико при вторичной профилактике.

Тем не менее АВК имеют ряд недостатков, существенно затрудняющих их практическое применение. Это, прежде всего, узкое терапевтическое окно: АВК эффективны только в диапазоне МНО 2,0–3,0. В случае падения МНО ниже 2,0 значимо повышается риск ишемического инсульта, тогда как рост МНО выше 3,0 приводит к увеличению риска кровотечения, в т.ч. и геморрагического инсульта.

Крупное европейское исследование, выполненное в 2003–2004 гг. и включавшее 5333 пациента из 35 стран мира, показало, что в реальной клинической практике многим пациентам с высоким риском инсульта АВК не назначаются. Из пациентов, имеющих сумму баллов по шкале $CHADS_2$ 2, 3 и 4 (высокий риск инсульта) АВК получали только 59%, 64% и 61% соответственно. Даже среди пациентов с самым высоким риском инсульта (6 баллов по шкале $CHADS_2$) у 15% антикоагулянтная терапия не проводилась.

Таким образом, ясно, что трудности поддержания МНО в терапевтическом диапазоне приводят к снижению приверженности как врачей, так и пациентов к терапии АВК. Вместе с тем на сегодняшний день синтезированы новые пероральные антикоагулянты, которые имеют ряд преимуществ перед традиционно применяемыми АВК. Точка их приложения ограничена одним фактором свертывания, что приводит к более предсказуемому действию. Несомненными достоинствами новых оральных антикоагулянтов являются: небольшое количество взаимодействий с другими лекарственными средствами и пищей, широкий терапевтический диапазон, возможность использования в фиксированных дозах, улучшенное соотношение риска и ожидаемой пользы.

В настоящее время завершены несколько крупных исследований, в которых оценивалась эффективность новых антикоагулянтов (дабигатран, ривароксабан, апиксабан) в профилактике инсульта у пациентов с ФП. В этих исследованиях получены доказательства эффективности и безопасности новых антикоагулянтов, преимущества по сравнению с варфарином, а сами препараты получили показания для лечения больных ФП.

Ю.А. КАРПОВ,
проф., руководитель отдела ангиологии
НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова,
заместитель генерального директора по научной работе
ФГБУ РКНПК МЗ РФ

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

Цереброваскулярные нарушения – распространенное осложнение артериальной гипертонии (АГ), что позволяет считать головной мозг наряду с сердцем и почками органом-мишенью АГ. Понимание этой зачастую фатальной взаимосвязи проистекает из самого определения АГ, в котором гипертония характеризуется не только как уровень АД 140/90 мм рт. ст. и выше, но и как прогрессирующий полиэтиологичный сердечно-сосудистый синдром, приводящий к структурным и функциональным изменениям сердца и сердечно-сосудистой системы и далее – к преждевременной заболеваемости и смертности. За последние десятилетия раскрыты основные механизмы развития и становления АГ, получены доказательства органопротективного действия антигипертензивной терапии. Кроме того, установлены и уточнены нейробиохимические трансформации на органном, клеточном и субклеточном уровнях, обусловливающих процессы гипертонического ремоделирования сердечно-сосудистой системы, что стало отправной точкой для понимания особых терапевтических возможностей современных антигипертензивных средств.

Эволюция представлений об основных механизмах развития и прогрессирования изменений сердечно-сосудистой системы при АГ может быть условно разделена на несколько этапов. На первом этапе основное значение отводилось собственно повышенному АД. Согласно данной точке зрения повышенное внутрисосудистое давление индуцирует утолщение и уплотнение сосудистой стенки с постепенным уменьшением просвета сосудов, что сопровождается ишемией органов. Дополнительное кризовое повышение АД вызывает истончение стенки сосуда, вплоть до его разрыва и развития кровоизлияния. Следующий этап был ознаменован кардинальным пересмотром патогенеза гипертонического ремоделирования, в рамках которого ведущее значение принадлежит процессам нейрометаболической активации ренин-ангиотензиновой системы и симпатической нервной системы. Дисбаланс нейрогуморальных медиаторов сопровождается усилением процессов пролиферации, тромбообразования, воспаления в стенке сосуда и, в конечном итоге, приводит к изменениям структуры и функции органов. Сегодня обе теории равно востребованы и дополняют друг друга.

Подходы к эффективному лечению АГ развивались параллельно доминирующему мнению о ведущих патогенетических механизмах АГ. Уже в 1960-е гг. было установлено, что снижение уровня АД способствует значительному регрессу частоты церебральных и других сердечно-сосудистых осложнений АГ. Далее, по мере уточнения механизмов, лежащих в основе повышения АД, арсенал гипотензивных средств расширился за счет ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), антагонистов кальция, новых поколений бета- и альфа-адреноблокаторов, препаратов центрального действия (агонистов имидазолиновых рецепторов) и, наконец, блокаторов ангиотензиновых рецепторов.

Первые результаты плацебо-контролируемых испытаний «новых» препаратов обнаружили, что их «защитное» действие идентично возмож-

(Окончание на с. 4)

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

(Окончание. Начало на с. 3)

ностям так называемых «старых» препаратов: снижение частоты основных сердечно-сосудистых событий (кардиальных, церебральных, фатальных и нефатальных) было сходным. Этот факт косвенно подтверждал гипотезу о первостепенной важности снижения АД вне зависимости от характера антигипертензивной терапии и стал базисом для формирования и развития концепции «целевого уровня АД». Действительно, имеющиеся данные эпидемиологических наблюдений свидетельствуют о прогредиентом уменьшении риска сердечно-сосудистых осложнений на 38% при каждом снижении АД на 10–12/5–6 мм рт. ст. и минимализации его при систолическом АД 115 мм рт. ст.

Вместе с тем были выявлены неожиданные тенденции. С одной стороны, при сходной редукции АД частота инсульта снижалась в большей степени, чем инфаркта миокарда. С другой стороны, был обнаружен J-феномен, заключающийся в дополнительном повышении частоты сосудистых осложнений при снижении АД за пределами некоего оптимального минимума. Подобная зависимость была продемонстрирована и для коронарных, и для цереброваскулярных осложнений, особенно при наличии выраженных стенозов сонных артерий, при АГ 3 степени. Именно эти состояния ассоциируются с качественно иным уровнем кровоснабжения мозга и нарушенной цереброваскулярной ауторегуляцией.

Основные «горячие точки» сегодняшней реальности касаются вопросов приоритетного использования антигипертензивных лекарств того или иного класса и целевых уровней АД. С точки зрения церебропротективной эффективности наибольшая доказательная база имеется у тиазидных/тиазидоподобных диуретиков, антагонистов кальция и блокаторов ангиотензиновых рецепторов. Вместе с тем подавляющее число пациентов имеет клинические проявления мультифокального атеросклероза: церебрального, коронарного, с вовлечением периферических артерий. Насущным также является использование ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов. Кроме того, актуальным трендом лечения АГ, эффективность которого подтверждается клиническими исследованиями и реальной практикой, стала терапия фиксированными комбинациями антигипертензивных средств, что позволяет избежать полипрагмазии и повысить приверженность пациентов к лечению. При этом выбор той или иной комбинации определяется ведущим клиническим синдромом поражения органов-мишеней АГ, наличием ассоциированных клинических состояний и индивидуальными особенностями пациента. В конечном итоге, цель заключается в максимально возможном быстром снижении АД и его стабильном поддержании на оптимальном уровне, который обеспечит минимальный риск кардио- и цереброваскулярных осложнений при отсутствии ухудшения качества жизни. В связи с этим особое внимание сегодня привлекают исследования, одна из задач которых состоит в определении так называемого целевого уровня АД.

Как уже упоминалось выше, при лечении антигипертензивными препаратами реальностью является J-образная зависимость между уровнем АД и сердечно-сосудистыми осложнениями. Основные трудности подстерегают врача при лечении пациентов с окклюзирующим поражением брахиоцефальных артерий, при длительной тяжелой АГ 3 степени, осложненной цереброваскулярными нарушениями. Сегодня мы располагаем данными, что достижение уровня систолического АД менее 110–120 мм рт. ст. неблагоприятно для пациентов с ишемическими цереброваскулярными нарушениями. Более приемлемой и безопасной считается стабилизация показателей в диапазоне 120–140 мм рт. ст. При этом для пациентов с окклюзирующим стенозом сонных артерий оптимальный диапазон систолического АД может соответствовать уровню АД 140–150 и даже до 160 мм рт. ст. Эти выводы сделаны, в основном, по результатам обсервационных наблюдений и динамических исследований мозгового кровотока. В настоящее время планируются специальные клинические исследования (с учетом требований GCP) для определения наиболее рационального целевого уровня АД. Однако, учитывая, сколь много факторов способны оказать влияние на этот уровень, ученые признают, что для формирования обоснованных рекомендаций потребуется включение в эти исследования весьма многочисленных когорт пациентов, в т.ч. разного возраста, с различными ассоциированными состояниями (перенесших цереброваскулярные и коронарные осложнения, с сахарным диабетом, нефропатией, каротидным стенозом и т.д.).

Сегодня эксперты сходятся во мнении, что для достижения наилучшего прогноза и предотвращения инсульта и инфаркта миокарда не достаточно только достичь целевого уровня АД менее 140/90 мм рт. ст. Не менее важно обеспечить должный контроль и лечение с учетом других основных факторов сердечно-сосудистого риска, включая показатели холестерина, глюкозы, наличие атеросклеротического поражения сонных артерий и т.д. Только в этом случае возможно реальное снижение риска инсульта на 75–90%.

Сегодня АГ по-прежнему остается наиболее распространенным заболеванием системы кровообращения и регистрируется почти у 40% взрослого населения России. Среди перенесших инсульт АГ имеется почти у 80% пациентов. Поэтому улучшение ситуации – снижение заболеваемости инсультом и другими хроническими прогрессирующими цереброваскулярными заболеваниями – невозможно без своевременного адекватного систематического лечения АГ как важнейшей стратегии системы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Л.А. ГЕРАСКИНА,
докт. мед. наук, вед. науч. сотр.
ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН

ЮБИЛЕЙНЫЙ XX РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

15–19 апреля 2013 года • Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

▫ Новые прогрессивные технологии диагностики, лечения и профилактики основных заболеваний человека ▫ Результаты изучения генома человека – практическому здравоохранению ▫ Редкие болезни. Новейшие технологии диагностики и лечения ▫ Персонализированная медицина ▫ Рациональная фармакотерапия в педиатрии ▫ Некоторые аспекты женского здоровья с позиции врачей различных специальностей ▫ Важные задачи вакцинопрофилактики и иммунодиагностики заболеваний человека ▫ Депрессивные и болевые расстройства в общемедицинской практике – актуальная междисциплинарная проблема. Пути решения ▫ Непрерывное образование врача первичного звена как основа повышения качества медицинской помощи

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Гастроэнтерология
- Внутренние болезни
- Химиотерапия и антибиотики
- Акушерство и гинекология
- Фтизиатрия
- Клиническая фармакология
- Стоматология
- Педиатрия (гастроэнтерология)
- Педиатрия (догоспитальная помощь)
- Педиатрия (кардиология)
- Педиатрия (неврология и нейрогенетика)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Стоматология
- Клиническая фармакология
- Гастроэнтерология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

▪ **«Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»**

В РАМКАХ КОНГРЕССА ПРОХОДИТ выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К КОНГРЕССУ ГОТОВИТСЯ ***«Федеральное руководство по использованию лекарственных средств»*** **(XIV выпуск)**

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01.09.11	28.12.12
Тезисы	01.09.11	15.12.12
Конкурсные работы	01.09.11	18.01.13
Регистрационные карты	01.09.11	08.04.13
Заявки на участие в выставке	01.09.11	07.03.13

КОНТАКТЫ:
Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)
Тел.: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)
E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)
reg@medlife.ru (регистрационные карты)
trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)
stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт конгресса: www.medlife.ru
Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»

Гипертоническая энцефалопатия: клинико-патогенетические подтипы, классификация, диагностика

Л.А. БЕЛОВА, В.В. МАШИН, Ю.М. НИКИТИН, В.Г. БЕЛОВ. Ульяновск, 2010 – 203 с.

В монографии дана клиническая характеристика гипертонической энцефалопатии. Впервые с позиции системного подхода доказана патогенетическая гетерогенность гипертонической энцефалопатии, учитывающая вклад артериальной и венозной составляющих. Показана целесообразность использования комплексного клинико-неврологического и ультразвукового исследования для уточнения стадии, характера и глубины поражения вещества и сосудистой системы головного мозга с учетом наличия венозной дисциркуляции.

Книга предназначена для неврологов, терапевтов, а также студентов медицинских вузов.

Электромиографические методы исследования в диагностике нервно-мышечных заболеваний. Игольчатая электромиография

Л.Ф. КАСАТКИНА, О.В. ГИЛЬВАНОВА. М.: «МБН» МЕДИКА, 2010 – 415 с.

В книге приводится краткая характеристика методов исследования периферической нервной системы, дается подробное описание метода игольчатой электромиографии и возможностей ее применения для диагностики различных нервно-мышечных заболеваний – болезней мотонейронов спинного мозга, периферических нервов, нервно-мышечной передачи и мышц. Описаны клинические примеры некоторых нервно-мышечных заболеваний с результатами электромиографических исследований.

Книга предназначена для неврологов, специалистов по функциональной диагностике, врачей других специальностей, где необходима оценка состояния периферического нейромоторного аппарата, а также для студентов медицинских учебных заведений, аспирантов и научных сотрудников, работающих в области изучения периферической нервной системы.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРАКСОНА

Применение передовых методов нейровизуализации позволяет дать количественную оценку изменения мозгового кровотока в остром периоде ишемического инсульта и оценить гетерогенность ишемизированной области головного мозга. Одним из ключевых аспектов лечения острого ишемического инсульта является применение нейропротекторных препаратов, важнейшей точкой приложения которых является потенциально жизнеспособная ткань.

Цель исследования: изучение влияния цитиколина на клиническое восстановление и мозговой кровоток в динамике острого периода ишемического инсульта.

Материалы и методы

В открытом проспективном исследовании изучено 50 пациентов (19 женщин и 31 мужчина в возрасте от 33 до 74 лет, средний возраст – 60,9 лет) с острым полушарным ишемическим инсультом в 1-е сутки от начала заболевания. Пациенты были разделены на 2 группы по 25 чел. в каждой и получали только стандартное лечение без каких-либо нейропротекторов или антиоксидантов (группа контроля) или стандартное лечение + Цераксон 1 г 2 раза в сутки в/в в течение 10 дней (группа Цераксона).

Оценка неврологического дефицита проводилась с помощью шкалы NIHSS, наличие зоны ишемии подтверждалось с помощью диффузионно-взвешенной МРТ (ДВ МРТ), для измерения мозгового кровотока использовалась перфузионная КТ.

Исследуемый препарат

Цитиколин (Цераксон) представляет собой эндогенное соединение, предшественник эндогенного фосфатидилхолина, ключевого фосфолипида клеточных мембран. Нейропротективный эффект цитиколина реализуется за счет влияния на целый ряд элементов ишемического каскада путем стабилизизации и восстановления клеточных мембран, улучшения синтеза нуклеиновых кислот, белков, ацетилхолина и других нейротрансмиттеров, снижения образования свободных радикалов и антиапоптотического эффекта. Безопасность цитиколина у человека была подтверждена во множестве исследований с участием в общей сложности более 11 000 здоровых добровольцев и пациентов с ишемическим и геморрагическим инсультом, черепно-мозговой травмой, когнитивными нарушениями различной природы и болезнью Паркинсона. Эффективность препарата была установлена по данным метаанализа 8 рандомизированных исследований цитиколина с участием 1963 пациентов: показано, что применение цитиколина приводит к снижению смертности и инвалидизации при долгосрочной оценке на 10–12%. Установлено, что наиболее эффективным является применение препарата в дозе 1 г 2 раза в сутки, и эта доза была выбрана для использования в настоящем исследовании.

Результаты

Группы пациентов были сопоставимы по полу и возрасту. У изучаемых больных были зарегистрированы кардиоэмболический и атеротромботический подтипы ишемического инсульта, которые поровну распределились между двумя группами. В равной степени в каждой группе были представлены пациенты с различной тяжестью инсульта. Средняя оценка по NIHSS для каждой группы и для выборки в целом соответствовала инсульту средней тяжести (11,6 баллов в контрольной группе и 11,4 балла в группе Цераксона; 11,5 баллов в целом).

Через 10 дней наблюдения у пациентов в обеих группах отмечалось значимое уменьшение выраженности неврологического дефицита. Отмечалась тенденция к более благоприятному исходу заболевания у пациентов в группе Цераксона (оценка по NIHSS после завершения лечения в этой группе составляла 8,4 балла в сравнении с 9,4 баллами в группе контроля), однако значимых различий между группами по выраженности неврологического дефицита после лечения выявлено не было (p=0,87). При перфузионной КТ в первые сутки от начала заболевания у всех пациентов отмечалось наличие зоны снижения мозгового кровотока в пораженном полушарии. У 75% пациентов в группе контроля и у 69% пациентов в группе Цераксона при сопоставлении перфузионной КТ и ДВ МРТ были выявлены участки потенциально жизнеспособной ткани («пенумбра»). Значения перфузионных параметров в группе Цераксона и группе контроля до начала терапии в «ядре» инфаркта и в «пенумбре» не различались. Через 10 дней лечения различий при оценке мозгового кровотока между группами в «ядре» инфаркта выявлено не было, тогда как в зоне «пенумбры» после лечения Цераксоном отмечалось увеличение показателя CBF (p=0,013), что отражает увеличение мозгового кровотока, причем значение CBF в зоне «пенумбры» не отличалось от такового в интактном полушарии.

Вывод

Оценка мозгового кровотока в динамике ишемического инсульта показала, что лечение Цераксоном в дозе 1 г 2 раза в сутки в течение первых 10 суток после начала заболевания приводит к восстановлению церебрального кровотока в зоне обратимых ишемических изменений («пенумбре»). Таким образом, получено инструментальное количественное подтверждение нейропротекторного эффекта Цераксона в отношении потенциально жизнеспособной ткани головного мозга в условиях ишемии при его применении в максимально ранние сроки, что в конечном итоге может привести к улучшению клинического исхода заболевания.

М.А. ПИРАДОВ,
докт. мед. наук, проф.,
зав. отд. реанимации и интенсивной терапии,
ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН

Д.В. СЕРГЕЕВ,
канд. мед. наук, науч. сотр.,
отд. реанимации и интенсивной терапии
ФГБУ «НЦН» РАМН,

М.В. КРОТЕНКОВА,
докт. мед. наук, зав. отд. лучевой диагностики
ФГБУ «НЦН» РАМН

ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ВСЮ ЖИЗНЬ

В октябре текущего года в Кремлевском дворце состоялся I Национальный съезд врачей России, на котором министр здравоохранения В.И. Скворцова озвучила дальнейшие планы по модернизации медицинской отрасли. Мы приводим выдержки из доклада министра, посвященные постдипломной подготовке, дополнительному образованию врачей и медработников, повышению их социального статуса и улучшению материального положения.

При всей значимости решения организационных, научно-методических, материально-технических, финансовых вопросов судьбу преобразований отечественного здравоохранения будут решать кадры – каждый из более чем трехмиллионной армии медицинских работников.

Вместе с тем даже поверхностный просмотр учебных программ медицинских вузов свидетельствует о том, что подготовка студентов и врачей в наших университетах и академиях находится на очень разном уровне. Во многих вузах программы обучения фундаментальным биомедицинским дисциплинам, без которых современная медицина существовать не может, отстают от достижений сегодняшнего дня.

Чтобы изменить ситуацию, Министерством здравоохранения инициирован пересмотр и обновление рабочих программ и учебных планов вузов в рамках принятых государственных образовательных стандартов третьего поколения. Рабочая группа, объединяющая ведущих специалистов по медицинскому образованию, научных сотрудников РАМН и РАН, экспертов Сколково, уже завершила анализ лучшего отечественного и зарубежного опыта и на его основе подготовила обновленные образовательные программы по наиболее значимым фундаментальным блокам – молекулярной биологии, молекулярной физиологии, биоинформатике и др.

Первого октября начата широкомасштабная работа по повышению квалификации профессорско-преподавательского состава всех медицинских вузов. В полном объеме эта работа будет проведена за два учебных года – до сентября 2014 г. Это очень непростая задача. К ее выполнению подключены не только лучшие медицинские вузы, но и классические университеты, имеющие в своем составе сильные медицинские факультеты, в частности, Московский и С.-Петербургский государственные университеты, а также Открытый университет Сколково.

Сближение высшего медицинского образования и современных научных школ будет осуществляться путем создания научно-образовательных кластеров на базе ведущих медицинских университетов и активного привлечения студентов к исследованиям. Работа уже начата и будет всемерно развита в 2013 г.

Мы все понимаем, что врач должен учиться всю свою профессиональную жизнь. Внедрение системы непрерывного медицинского образования является настоятельным требованием времени и должно проводиться максимально комфортно, по возможности, без длительного отрыва специалиста от рабочего места – с использованием механизмов накопления кредитных баллов, дистанционных методов обучения.

Министерство здравоохранения призывает все медицинское сообщество принять самое активное участие в отработке профессиональных стандартов и состыковке их с образовательными вузовскими и послевузовскими программами, в совершенствовании механизмов неформальной квалификационной аттестации врачей.

Предусмотренное законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внедрение аккредитации медицинских работников позволит нам с 2016 г. перейти на новое для нашей страны формирование индивидуальных листов «допуска» к конкретным видам медицинской деятельности, что повысит ответственность каждого врача за результаты своей работы.

За период с 2000 по 2010 гг. доля работников здравоохранения в возрасте до 45 лет сократилась на 12%. Не все выпускники медицинских вузов, колледжей и училищ приходят работать по профессии. Сохраняется отток высококвалифицированных специалистов из медицинских организаций государственной системы здравоохранения. Причиной этого является низкий уровень заработной платы и сложное социальное положение медицинских работников в государственных и муниципальных медицинских организациях.

По данным Росстата, среднемесячная заработная плата работников государственного здравоохранения за 1 квартал текущего года составила менее 18 тыс. руб., или 73,5% от средней зарплаты по экономике страны. При этом среднемесячная зарплата работников муниципальных учреждений здравоохранения, составляющих 45,7% от всех медиков, составила всего 14,6 тыс. руб., то есть 62,7% от средней зарплаты по стране.

Повышение социального статуса врачей и других медицинских работников и улучшение их материального положения является одним из наиболее значимых факторов их мотивации к творческому труду и самоотдаче. Без обеспечения этих условий нам не удастся укрепить кадровый потенциал отрасли, повысить престиж медицинской профессии, ликвидировать отток медицинских кадров.

Мерой чрезвычайной важности является повышение к 2018 г. средней заработной платы врачей до уровня, двукратно превышающего средний уровень зарплаты по региону, а заработной платы среднего и младшего медперсонала – до 100% от среднего уровня по региону, в соответствии с Указом президента РФ «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Необходимо подчеркнуть, что законодательно заложенное развитие системы ОМС на базе новых стандартов медицинской помощи позволит обеспечить необходимые темпы роста заработной платы медработников до 2015 г. при условии правильного проведения тарифной политики субъектами федерации.

Обязательным условием эффективного функционирования всей системы здравоохранения является закрепление подготовленных кадров на конкретных рабочих местах, в т.ч. в удаленных районах страны и сельской местности. Имеющиеся на сегодня целевые системы обучения не могут гарантировать возврата специалиста в тот регион, по направлению которого осуществлялась его подготовка. В среднем по стране до 35% целевых студентов и ординаторов не отрабатывают свое обучение, а в ряде регионов этот показатель достигает 70%.

Реальными механизмами целевого трудоустройства специалистов должны стать новые формы целевой контрактной подготовки в медицинском вузе, колледже или училище, включая и целевую послевузовскую и дополнительную профессиональную подготовку. Данные контрактные формы разработаны Минздравом совместно с Министерством образования и науки и закреплены в новом законопроекте «Об образовании», внесенном на рассмотрение в Госдуму.

Целевая контрактная подготовка основана на профориентационной работе среди сельских школьников, отборе перспективных абитуриентов, создании программ дополнительной социальной и образовательной поддержки студентов из сельской местности, организации медицинских практик будущих молодых специалистов на планируемом рабочем месте и подготовке рабочего места, а также жилья к их приезду.

Условия контракта позволят определить юридически обоснованные обязательства сторон: со стороны администрации региона – социальная и финансовая поддержка абитуриенту, студенту и выпускнику, со стороны молодого специалиста – обязательная отработка в течение не менее 3-х лет после окончания вуза на подготовленном рабочем месте.

Важнейшей и эффективной инициативой правительства РФ, повышающей заинтересованность молодых специалистов в трудоустройстве в сельских медицинских организациях, явилось введение единовременных выплат 1 млн руб. Благодаря этой инициативе только за 2012 г. сельскую медицину пополнили 3 900 врачей. Считаем полезным продолжить эту программу на 2013 г. и распространить ее на молодых специалистов, приступивших к работе в медицинских организациях рабочих поселков.

Необходимо напомнить, что по Указу президента страны каждый субъект должен сформировать региональную программу кадрового обеспечения здравоохранения, содержащую механизмы привлечения молодых специалистов в отрасль, и сохранения имеющегося кадрового потенциала. К таким механизмам относятся обеспечение дополнительных выплат врачам остродефицитных специальностей, с вредными условиями труда, молодым специалистам; предоставление жилых помещений, земельных участков и жилищных субсидий медицинским работникам; предоставление детям отдельных категорий медицинских работников права на внеочередное зачисление в дошкольные образовательные учреждения.

Для мониторирования кадрового профиля здравоохранения каждого региона страны, выявления и прогнозирования кадровых дисбалансов, а также определения оптимальных путей их устранения Министерство здравоохранения разработало Национальный регистр медицинских работников и на его основе – электронную аналитическую прогнозную систему. Надеемся, что данное программное обеспечение существенно упростит и повысит эффективность решения кадровых проблем.

КАК ВЫСТУПИТЬ НА ЕВРОПЕЙСКОМ КОНГРЕССЕ

В конце октября 2012 г. в Мадриде состоялся конгресс Европейской федерации внутренних болезней. Тенденция к интеграции специалистов в области внутренней медицины становится важной составляющей современной терапии. Участие регионов России в этом процессе представляется перспективным.

Следующий конгресс пройдет в октябре 2013 г. в Праге. Для участия в мероприятиях такого масштаба необходимо внимательно следить за объявлениями о начале приема тезисов оргкомитетом конгресса. Как только на сайте конгресса (это произойдет не позднее февраля 2013 г.) будет размещено объявление о начале приема тезисов, необходимо в полном соответствии с требованиями направить по электронной почте соответствующие материалы. Язык тезисов – английский. Их рассмотрение происходит обычно довольно быстро. В случае положительного решения оргкомитет определяет дату и форму участия: речевой или постерный доклад, который делится на категории А и В. Категория В соответствует обычным представлениям о постерном сообщении. В этом случае материалы размещают на плакатах, которые устанавливают в постерных зонах. Категория А больше похожа на речевой доклад. Для его подготовки необходимо в формате, указанном оргкомитетом в электронной рассылке, разместить, во-первых, текстовый блок и, во-вторых, иллюстрации. Они доступны участникам конгресса для предварительного знакомства непосредственно в зоне проведения мероприятия. Размещается этот материал на мониторах в холлах конгресс-центра.

Для речевого фрагмента требуется подготовка презентации в количестве трех слайдов (как было в 2012 г.). Все эти материалы заблаговременно направляются по электронной почте в адрес оргкомитета в форматах PPT или JPG. Важно, что оргкомитетом могут быть даны рекомендации по улучшению презентации. После этого окончательный вариант постера размещается на сайте конгресса и не может быть изменен.

И еще совет. По приезде на конгресс лучше подойти в оргкомитет и убедиться, что все материалы получены и открываются в том виде, который был заявлен. Сама постерная сессия категории А представляет собой обычный симпозиум, который проходит точно так же, как заседания с речевыми выступлениями. Единственная особенность – время доклада от 3 до 5 минут. Вопросы докладчику задают всегда. В этой связи не только текст выступления на английском языке, но и ответы на возможные вопросы нужно тщательно готовить заранее.

На конгрессе 2012 г. в Мадриде из 7 докладов разного формата, принятых из России, нами было сделано два постерных доклада категории А. Один из них на сессии под председательством профессора F.L. Garcia, руководителя университетской клиники в главном госпитале в испанском городе Аликанте, был посвящен ортостатическим нарушениям при сахарном диабете 1-го типа. Важность этой проблемы обусловлена тем, что в случае развития диабетической вегетативной нейропатии возникает нарушение иннервации венозных сосудов. Поэтому при вставании у таких больных тонус вен не повышается, и венозный возврат крови оказывается недостаточным для поддержания нормального уровня артериального давления. Ситуация становится особенно сложной при развитии у пациента артериальной гипертонии. Действительно, если в положении лежа артериальное давление может составлять, например 170/100 мм рт. ст., то при вставании оно может снижаться до 90/50 мм рт. ст. Как правило, больной ощущает такую гипотензию. У него возникает головокружение, слабость и подобные ощущения. Выяснилось, что ортостатическая недостаточность приводит к увеличению микроальбуминурии и нарушению когнитивных функций.

Второй доклад, сделанный в соавторстве с сотрудниками нашей кафедры Ю.И. Третьяковой и И.Я. Циммерман, касался вопросов дисфункции эндотелия у больных хроническим калькулезным холециститом, сопровождающимся психовегетативным синдромом. Достаточно хорошо известно, что хронический холецистит часто ассоциирован с вегетативными и психологическими нарушениями. Связь этих проявлений с дисфункцией эндотелия до настоящего времени изучалась недостаточно. Нами были представлены материалы не только о нарушении функции эндотелия в ремиссии заболевания, но и данные о динамике психовегетативного синдрома и эндотелиальной дисфункции в периоперационном периоде. Как выяснилось, периоперационный стресс вызывает усугубление как тревожно-депрессивных нарушений, так и дисфункции эндотелия. Нами были доложены данные о применении антидепрессанта в периоперационном периоде у этой категории больных. В процессе 6-недельного применения тианептина (3 недели до- и 3 недели после операции) удалось значительно улучшить психовегетативный статус и функциональное состояние эндотелия.

Доклад был выслушан на сессии под председательством профессора J.M. Martinez, руководителя университетской клиники госпиталя Хуана Карлоса в Мадриде, с большим интересом и получил положительную оценку.

Можно считать, что перспективы участия российских ученых в терапевтических форумах европейского уровня вполне реальны, результаты наших исследований воспринимаются с интересом и доброжелательностью. Работа по подготовке доклада довольно кропотлива, но интересна. Таким образом, Российское научно-медицинское общество терапевтов стало активно действующим участником Европейской федерации внутренних болезней, что открывает возможности для расширения международного сотрудничества широкому кругу российских исследователей.

В.В. ЩЕКОТОВ,
докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии № 2
Пермской государственной академии им. акад. Е.А. Вагнера

ПАЦИЕНТ ВСЕГДА НА ПЕРВОМ МЕСТЕ

Медицинская профессия сегодня сталкивается со множеством проблем. Мы маршируем под ритм бюрократических барабанов, мы утратили свою автономию, наш престиж катится по спирали вниз, а наш профессионализм в упадке. Но беды этим не ограничиваются.

В тени этих болячек прячется еще одна медицинская болезнь, та, за которую в ответе не только мы – медики. Она наиболее опасна для общества, которому мы служим. Она возникает в медицинских вузах, где почти никогда не удостаивается должного внимания. Во время последипломной клинической подготовки ее еще легко заметить и распознать, но для этого, как правило, не прилагается никаких усилий. И даже когда болезнь становится заметной, меры по ее лечению или не принимаются, или недостаточны, в лучшем случае, носят временный характер.

Я называю эту болезнь «гипоскиллия» – дефицит клинических навыков. Врачи, «пораженные» этой болезнью, плохо подготовлены для квалифицированного лечения пациента. Тем не менее программы последипломной практики плодят «гипоскилликов» – врачей, которые не могут составить адекватную историю болезни, провести грамотное физическое обследование, критически осмыслить собранную информацию, составить добротный план лечения. Они не рассуждают здраво, некоммуникабельны. Кроме того, эти врачи не тратят достаточно времени, чтобы узнать пациента «вдоль и поперек». Берутся лечить каждого, а о происхождении заболевания не имеют никакого представления.

Эти индивидуумы, однако, становятся «умельцами» в другом. Прописывают всевозможные анализы и процедуры, но не всегда знают, когда их назначить и как интерпретировать результаты, играют цифрами, применяют множество сложнейших тестов и процедур, предпочитая лечить скорее цифры и результаты анализов, а не самого пациента. В результате неосознанно и неизбежно у них вырабатывается склад ума, ориентированный скорее на лабораторную работу. Среди тех, кто способствует такой ситуации, активную роль играют организации здравоохранения. Именно они вынуждают врачей обслуживать максимальное количество пациентов за минимальное количество минут и за минимальное количество долларов.

Проблема дефицита клинических навыков старая и широко распространенная. Ее причина очевидна – порочная система обучения. И порок этот кроется в нас, преподавательском составе. Тогда почему мы позволяем этим недостаткам сохраняться, расти и развиваться? Ответ, как мне представляется, лежит в двух плоскостях.

Первое. Ценности и приоритеты общества – не те, какими они были прежде. В середине 1950-г., когда я учился, такие качества медика, как каждодневный труд, профессиональная гордость, долг, преданность делу, высокая ответственность, стремление к совершенствованию, были нормой. Сегодня они практически исчезли. В наше время акцент делается на сокращение рабочего дня, стремление найти собственную выгоду, на политкорректность. Как результат, люди на всех уровнях – начиная со студентов-медиков, клинических ординаторов и преподавателей – удовлетворяются посредственностью.

Второе. Подготовка самих преподавателей. Большинство сегодняшних преподавателей медицины получили образование после 1970 г., когда был дан старт расцвету современных технологий. Медицина высоких технологий (high-tech) – это все, что они видели, знали и, следовательно, все, чему могут научить других. Не их вина, что они не понимают подлинного значения медицины высокого соприкосновения (high-touch).

Что я понимаю под медициной высокого соприкосновения? Я имею в виду медицину, основанную на тщательно собранном анамнезе в совокупности с надлежащим физическим обследованием и критическим осмыслением полученной информации. Только после этого врач определяет, какие обследования, если они вообще нужны, показаны больному. В первую очередь, если обследования действительно необходимы, назначаются самые простые. Для сравнения: медицина высоких технологий, как правило, обходит стороной историю болезни и физическое обследование. Опираясь в основном на жалобы пациента, она прямиком устремляется в область многочисленных обследований, которые обычно включают магнитно-резонансную, компьютерную томографию или и то и другое.

Еще один важный момент. Обходя или умаляя сбор анамнеза и физического обследования, высокотехнологичный подход или ослабляет связь пациента с лечащим врачом, или этой связи не происходит вообще. Медицина высокого соприкосновения, напротив, представляет апофеоз «ослеровских» принципов лечения (Oslerian medicine)*, которые дают абсолютную гарантию, что мы лечим пациента, а не болезнь.

Суть сказанного такова. Современные медицинские технологии, с одной стороны, увеличивают возможность диагностировать и лечить болезни, с другой – способствуют возникновению лености, особенно умственной, среди многих врачей. Привычка полагаться на медицинские диагностические приборы мешает врачам использовать наиболее сложный и тонкий механизм – их собственный мозг.

Есть ли способ излечиться от тирании технологий? Любой метод лечения столкнется с большими трудностями. Необходима тотальная перетряска всего преподавательского состава медицинских учебных заведений. В настоящее время он в основном состоит из двух групп: это молодые специалисты и такие же молодые преподаватели, напичканные физическими знаниями, не имеющие практического опыта, и профессора старшего поколения, имеющие большой опыт и знания, но в узком сегменте своей специальности.

Часть своего времени и те и другие посвящают чтению лекций, написанию статей, работе в клиниках или лабораториях, поездках на различные встречи. Такая деятельность, навязана ли она учебным заведением или принята на себя добровольно, ограничивает контакты между преподавателями и студентами. В результате студенты обращаются с вопросами и за разъяснениями к ординаторам и молодым специалистам, которые старше их всего на один-два года. Отсюда складывается ситуация, когда «слепой ведет за собой слепого»!

Сегодняшние требования сократить отведенные на ординатуру часы еще больше уменьшают возможность таких контактов. Обучение сосредотачивается в основном в лекционных и конференц-залах, в коридорах, за стенами больничных палат, но не у кровати больного. Студенты и клинические ординаторы все чаще проводят свое время на лекциях и клинических конференциях и все реже и реже непосредственно общаются с больными.

Что нужно, чтобы ослабить, а в перспективе побороть эту тенденцию?

Первое и главное – нужны преподаватели, которые осознают, что наша работа вопреки надзирающим за ординатурой комитетам – обучать студентов, а не создавать им условия для легкой жизни.

Далее. Нужны преподаватели, которые знают и понимают патофизиологию, клинические признаки заболеваний, естественное развитие болезней, которые знают, какие обследования и анализы, если они необходимы, назначить, когда их назначить и как интерпретировать. И главное – преподаватели, которые используют передовые технологии для проверки, а не для формулировки своих клинических наблюдений.

Мы нуждаемся в преподавателях, которые правильно понимают ценность составления добротной истории болезни, тщательного физического осмотра; в преподавателях, которые сначала используют стетоскоп, а не эхокардиограмму для обнаружения клапанного порока сердца, или офтальмоскоп, а не магнитно-резонансную томографию для обнаружения повышенного внутричерепного давления. Нужны преподаватели, которые сначала верят своим глазам, а не аппарат, для определения газонасыщенности крови, своим рукам, а не компьютерной томографии для обнаружения спленомегалии.

Истинный преподаватель всегда и в первую очередь использует свой ум, сердце, а не толпу консультантов для лечения больного.

Мы нуждаемся в преподавателях, которые не назначают дорогие, изощренные обследования, если более дешевые обычные анализы могут дать такую же информацию; в преподавателях, которые не назначают множество лекарств, пытаясь устранить все возможные заболевания; в преподавателях, которые прекрасно осознают, что иногда лучше ничего не делать, чем делать слишком много; в преподавателях, которые понимают, что может стать лучше не благодаря, а вопреки тому, что мы порой делаем.

К несчастью, эти столь необходимые для подражания образцы – вид исчезающий. Большинства из них уже нет с нами, многие ушли на пенсию. А тех, кто еще поддерживает постоянные контакты со студентами-медиками и клиническими ординаторами, слишком мало, чтобы идти против тиранического потока приверженцев чрезмерного использования современных медицинских технологий.

Я очень надеюсь, что современные преподаватели медицины сделают все, чтобы возродить «ослеровский» дух, с усердием примутся за восстановление самой сущности врачевания – гуманизма. Для достижения этой цели нужны люди с состраданием, чистотой помыслов, здравым смыслом, которые понимают и верят, что медицина – это призвание, а не бизнес, которые способны видеть, слышать и говорить с пациентом, которые будут работать так долго и так упорно, как это потребуется для здоровья больного.

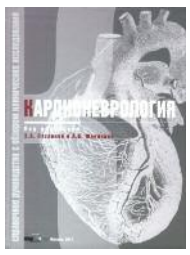
И, наконец, нужны преподаватели, для которых пациент всегда на первом месте!

Герберт Л.ФРЕД,
доктор медицины, профессор кафедры внутренних болезней Университета Техасского научного центра здоровья, Хьюстон, США.

Перевод с английского дан в сокращении

* Уильям Ослер (William Osler) (1849-1919) – знаменитый терапевт, историк медицины, философ, просветитель и педагог. Родился в Канаде, где получил медицинское образование. Преподавал в высших медицинских учебных заведениях Канады, США и Великобритании. Считается автором реформы англо-американской системы последипломной клинической подготовки. Его самая известная книга "Principls and Practice of Medicine" неоднократно переиздавалась на английском и других языках. Именем Ослера названы ряд симптомов различных заболеваний.

Кардионеврология



З.А. Суслина, А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина, В.А. Шандалин

Справочное руководство с обзором клинических исследований/ Под ред. З.А. Суслиной, А.В. Фонякина

М.: ИМА Пресс, 2011 – 264 с.

Руководство посвящено актуальному интегративному направлению современной медицины – кардионеврологии. В первой части в алфавитном порядке приведены статьи по различным аспектам смежных дисциплин, включая ангионеврологию, кардиологию, кардиохирургию, эндоваскулярную хирургию, функциональную диагностику сердечно-сосудистых заболеваний. Во второй части дана краткая характеристика основных международных исследований, отражающих различные направления кардионеврологии и выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины. При подготовке руководства были использованы Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов, Европейские рекомендации по ведению больных с инсультом, рекомендации Американской ассоциации сердца и Американской ассоциации инсульта по первичной и вторичной профилактике инсульта в редакции 2011 г., основополагающие российские и зарубежные публикации, интернет-ресурсы. Книга написана коллективом авторов Научного центра неврологии РАМН (директор – академик РАМН, проф. З.А. Суслина).

Руководство адресовано врачам различных специальностей – неврологам, терапевтам, кардиологам, сердечно-сосудистым хирургам, специалистам по рентгенохирургическим методам исследования и лечения заболеваний сердца и сосудов, функциональной и ультразвуковой диагностике.

Дрожательные гиперкинезы

С.Н. Иллариошкин, И.А. Иванова-Смоленская

Руководство для врачей. – М.: Атмосфера, 2011 – 360 с.

В первом отечественном руководстве, посвященном чрезвычайно актуальной и наиболее распространенной форме двигательных расстройств – тремору, систематизированы вопросы классификации, клинических проявлений, диагностики, методов регистрации тремора, представлены основные заболевания, проявляющиеся дрожательными гиперкинезами, рассмотрен патогенез различных вариантов тремора, проанализированы современные возможности консервативного и хирургического лечения тремора. В Приложениях приведены современные шкалы и опросники для количественной оценки тремора и связанных с ним функциональных нарушений, которые могут быть полезными на практике при обследовании пациентов с дрожательными гиперкинезами.

Издание предназначено для неврологов, психиатров, врачей общей практики, нейрофизиологов, нейрофармакологов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов, а также для других специалистов, интересующихся проблемой тремора.

Хронические нейроинфекции

Под ред. И.А. Завалишина, Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко, С.С. Никитина

М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 – 560 с.

В руководстве рассматриваются вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения наиболее распространенных хронических нейроинфекций бактериальной и вирусной природы, а также прионных болезней. Обсуждается также ряд мультифакториальных заболеваний нервной системы с хроническим течением, в этиологии которых наряду с эндогенными и рядом экзогенных факторов с разной долей вероятности допускается роль инфекции. Авторами обобщены материалы собственных исследований, отечественных и зарубежных публикаций последних лет.

Руководство предназначено для неврологов и других специалистов, интересующихся проблемой хронических нейроинфекций.

МЕТАПРОТ – НООТРОП С АНТИАСТЕНИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

Метапрот (2-этилтиобензимидазола гидробромид) относится к группе синтетических адаптогенов (Код АТХ А13А). Он обладает ноотропной, антигипоксической, антиоксидантной, иммуномодулирующей активностью, способностью усиливать регенерацию и репарацию.

Препарат создан в 1970-х гг. в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова под руководством проф. В.М. Виноградова исключительно для целевого использования в военной медицине. Действительно, в 1990-е гг. он выпускался под коммерческими названиями «бемитил» и «бемактор», в основном, как актопротектор (от лат. *aktus* – движение), т.е. средство, повышающее дееспособность (физическую работоспособность) человека. В эти годы препарат входил в состав табельного оснащения воинских частей в качестве средства, повышающего работоспособность военнослужащих. Большой опыт использования препарата в военной медицине, включая опыт применения в военной кампании в Афганистане (1979-1989), показал, что он обладает рядом уникальных свойств, делающих его незаменимым в восстановительной, спортивной и военной медицине. С 2009 г. Метапрот выпускался ЗАО «Антивирал» (Санкт-Петербург), с 2011 г. право на выпуск препарата принадлежит ЗАО «Сотекс» (Москва). Само название «Метапрот» происходит от аббревиатуры МЕТАболический ПРОТектор.

Принципиальный механизм действия Метапрота был раскрыт при его изучении в качестве средства повышения и восстановления физической работоспособности.

Установлено, что Метапрот:

- существенно повышает физическую работоспособность животных и человека и ускоряет ее восстановление после предельных нагрузок;
- оказывает экономизирующее и восстановительное влияние на углеводный и энергетический обмен;
- усиливает синтез РНК и белка (главное звено механизма действия Метапрота);
- усиливает процессы глюконеогенеза из недоокисленных продуктов распада (лактата, пирувата) и аминокислот в коре почек и печени. Этот механизм имеет основное значение для поддержания физической работоспособности;
- благоприятно влияет на митохондриальное окисление при экстремальных и повреждающих воздействиях на клетку, в частности, при гипоксии и ишемии;
- обладает антиоксидантной активностью;
- оказывает иммуномодулирующее и энергостабилизирующее действие на органы иммунной системы.

Клинические эффекты Метапрота.

Оптимизирующее влияние на функции митохондрий, углеводный обмен и подавление перекисного окисления липидов Метапротом лежат в основе характерного для препарата экономизирующего эффекта при воздействии экстремальных факторов – физических нагрузок, стресса, гипоксии, гипертермии. Исследования на человеке показали, что при различных нагрузках на организм Метапрот снижает прирост потребляемого кислорода, теплообразование, температуру тела, продукты обмена, частоту сердечных сокращений, расходование энергетических ресурсов. При этом он обладает выраженным антиастеническим действием, ускоряя процессы восстановления после экстремальных воздействий.

После приема внутрь Метапрот хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, активно метаболизируется в печени. После однократного приема обнаруживается в крови через 30 мин, максимальный эффект достигается через 1–2 ч, продолжительность действия – 4–6 ч.

Показаниями к применению Метапрота являются повышение и восстановление работоспособности, в т.ч. в экстремальных условиях (тяжелые физические нагрузки, гипоксия, перегревание). Метапрот применяется в качестве средства повышения адаптации к воздействию различных экстремальных факторов. Незаменим для коррекции астенических расстройств различной природы (при неврастении, соматических заболеваниях, после перенесенных тяжелых инфекций и интоксикаций, пред- и послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах). Метапрот востребован в составе комплексной терапии, в частности, при перенесенной черепно-мозговой травме, менингите, энцефалите, нарушениях мозгового кровообращения, когнитивных расстройствах.

Препарат назначают внутрь после еды по 0,25 г 2 раза в день. При необходимости суточную дозу повышают до 0,75 г (0,5 г утром и 0,25 г после обеда), а лицам с массой тела свыше 80 кг – до 1 г (по 0,5 г 2 раза в день). Курс лечения – 5–6 дней, затем – двухдневный перерыв во избежание кумуляции препарата, и курс повторяют. Количество курсов зависит от эффекта и в среднем составляет 2–3 (реже 4–6) курсов.

К Метапроту практически нет противопоказаний.

Если описывать клинические эффекты (примеры), которые типичны для Метапрота и характеризуют его как активный нейропротектор и ноотроп, то следует остановиться на тех из них, которые получили реальное подтверждение в клинической практике на большом числе пациентов. Это прежде всего повышение физической и умственной работоспособности у добровольцев в обычных условиях, при истощающих физических нагрузках, в условиях переохлаждения, гипоксии, перегревания; повышение физической работоспособности у спортсменов высоких достижений в разных видах спорта; положительные результаты при лечении последствий перенесенной черепно-мозговой травмы, при остром нарушении мозгового кровообращения вследствие ишемии или инсульта, при постабстинентном синдроме у больных алкоголизмом; у беременных при хронической гипоксии плода вследствие гестоза; для профилактики ишемических и реперфузионных повреждений при аортокоронарном шунтировании; при ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения II–III функционального класса по NYHA в составе комплексного лечения; для профилактики профессиональной тугоухости при интенсивных акустических нагрузках; в восстановительном периоде после острой лучевой болезни; при нервно-мышечных заболеваниях (прогрессирующие миодистрофии, атрофическая миотония, вторичные амиотрофии); при хроническом бронхите и бронхоэктатической болезни в составе комплексной терапии; при острой пневмонии в составе комплексной терапии; при вирусном гепатите А в период реконвалесценции в составе комплексной терапии.

Все это указывает на большие перспективы применения Метапрота в качестве нейропротектора и противоастенического средства в восстановительной и реабилитационной медицине.

П.Д. ШАБАНОВ,
докт. мед. наук, профессор,
зав. кафедрой фармакологии
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова
Министерства обороны РФ,
Санкт-Петербург

НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ – ПРОРЫВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

История вопроса

Тысячелетия назад электричество применялось для лечения боли. Известно, что у императора Тиберия, второго римского императора, был раб, который страдал от подагрических болей в колене. Однажды на берегу, случайно наступив на электрического ската, он перенес тяжелый шок. А после отметил, что боли стали менее сильными. Врач императора Скрибоний Ларг рекомендовал впоследствии в своем сборнике «Compositiones medicamentorium» электрических скатов для лечения хронических болей, включая мигрень. Но в 15 г. н.э. не существовало возможности сохранять и контролировать подачу электричества. Поэтому последующие 1700 лет нет никаких упоминаний о развитии этой методики.

Однако пришло время, когда стало возможным использовать электричество целенаправленно. В 1870 г. Густав Фритш и Эдуард Хитциг впервые применяют электростимуляцию для изучения мозга. Исследуя кору головного мозга кроликов и собак методом воздействия на различные зоны слабыми электроразрядами, эти ученые впервые обнаружили взаимосвязь между отдельными участками коры и соответствующими моторными реакциями, например, подергивание лап. Так, они доказали, что электричество стимулирует работу коры головного мозга.

Через 14 лет, в 1884 г., Виктор Александр Хорсли – английский нейрофизиолог и нейрохирург – выполнил первую интраоперационную корковую электрическую стимуляцию. Впоследствии он установил топографию моторной коры у приматов, стал одним из создателей стереотаксического прибора, позволяющего проводить манипуляции на глубинных структурах головного мозга. В 1909 г. Харви Вильямс Кушинг – пионер нейрохирургии – стимулировал постцентральную извилину у бодрствующего больного и показал контралатеральные движения конечностей.

После того, как с 1912 г. стало возможно проводить стереотаксические операции, немецкий невролог Шпигель и американский нейрохирург Уайсиз в 1947 г. выполняют исследования шишковидного тела для определения интракраниальных мишеней, применяя для этого электрическую стимуляцию подкорковых структур. В дальнейшем это помогло ученым проводить локальные деструкции при болезни Паркинсона.

На понимание механизма боли и осознание боли как результата комплексных динамических процессов нервной системы сильно повлияла публикация в 1965 г. теории «воротного контроля» Рональда Мельзака и Патрика Уолла. По мере того, как приходило понимание, что повреждения в нервной системе сами по себе могут стать причиной хронической боли, начинается постепенный переход от деструктивных операций, таких как пересечение нервов, к обратимым, модуляторным методам – нейромодуляции. И вскоре – в 1967 г. – Норм Шили проводит первую операцию по стимуляции спинного мозга для лечения упорной непроходящей боли у больных с онкологическими заболеваниями. За три года Н. Шили проводит шесть таких операций. Сегодня в более чем 130 странах мира ежегодно выполняются сотни тысяч операций по стимуляции спинного мозга.

Новые разработки в нейростимуляции

Устройства, применяемые современными нейрохирургами, за последние 40 лет претерпели значительные модификации. Современные системы развивались вместе с передовыми разработками в микротехнологиях. Прогресс коснулся, конечно, не только телевизоров и телефонов. Медицина одной из первых принимает разработки инженеров по миниатюризации и увеличению мощности приборов. Сейчас системы нейростимуляции полностью имплантируемы, с возможностью чрезкожной подзарядки батареи. Самый маленький современный генератор импульсов для стимуляции спинного мозга размером немногим более наручных мужских часов может работать более 10 лет (Eon mini от компании St. Jude Medical имеет размеры 48 x 53 x 10 мм). Что же касается электродов, то в зависимости от тяжести симптомов можно выбрать от 4-х до 16-ти активных контактов на одном электроде. Инженерные разработки ведутся постоянно. В будущем устройства должны стать еще меньше и функциональнее. В зависимости от зоны имплантации электрода и параметров стимуляции постоянно расширяются области применения метода в неврологии, кардиологии, психиатрии, урологии, эндокринологии и др.

Нейрофизиологический механизм действия стимуляции спинного мозга до сих пор остается до конца не понятым. Отмечают, что механизм обезболивания при применении нейростимуляции для терапии нейропатической боли весьма отличается от принципа действия при стимуляции для терапии ишемии конечностей. Современная нейромодуляция успешно применяется в терапии таких заболеваний, как синдром оперированного позвоночника, комплексный региональный болевой синдром, постгерпетическая невралгия, периферическая невропатия, затылочная невралгия, ишемическая боль, упорная стенокардия, заболевание периферических сосудов, мигрень и висцеральная боль.

Развитие нейростимуляции в России

Отечественная функциональная нейрохирургия начала развиваться с 1965 г., когда Эдуард Израилевич Кандель открыл отделение нейрохирургии в НИИ неврологии АМН СССР (ныне ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН). Уникальный практический опыт и замечательные научные исследования были обобщены Э.И. Канделем в фундаментальной монографии «Функциональная и стереотаксическая нейрохирургия», изданной в СССР и США.

Академик Н.П. Бехтерева впервые в СССР применила способ долгосрочного вживления электродов в мозг человека с диагностическими и лечебными целями.

Переход от деструктивных методов к нейромодуляции в России происходит с начала 1990-х гг. Энтузиастом применения метода нейростимуляции стал В.А. Шабалов (в те годы ведущий научный сотрудник, а ныне – главный научный сотрудник, докт. мед. наук, профессор, руководитель группы функциональной нейрохирургии НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко). Он использовал в работе стимуляторы, разработанные НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко совместно с ВНИИОФИ, и имплантировал более двухсот отечественных систем. К сожалению, технические характеристики, материалы, из которых изготавливались подкожный генератор, электроды, не позволяли добиваться прогнозируемого стабильного долгосрочного эффекта. Новые возможности для российских пациентов открылись с появлением на рынке американских систем нейростимуляции головного и спинного мозга. До 2004 г. В.А. Шабалов имплантировал несколько десятков нейростимуляторов глубоких структур головного мозга для лечения болезни Паркинсона, торсионной дистонии и систем нейростимуляции спинного мозга для лечения хронического болевого синдрома и спастичности. Самым большим ограничением в применении метода была высокая стоимость имплантируемых систем. Технология стала доступнее, когда сначала Российская академия медицинских наук в 2004 г., а затем Минздрав РФ в 2008 г. начали выделять средства из бюджета на лечение граждан методом нейростимуляции. На сегодняшний день опыт операций по нейромодуляции профессора В.А. Шабалова составляет более тысячи, в федеральных клиниках по всей стране работают специалисты, прошедшие обучение в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко; выделяются квоты на высокотехнологичное лечение методом нейростимуляции. В рамках нацпроекта «Здоровье» открыты два федеральных центра нейрохирургии (в Тюмени и Новосибирске), где работают отделения функциональной нейрохирургии, основным методом которых, как и во всем мире, является нейромодуляция. Но количество пациентов, нуждающихся в этом методе лечения, в России в сотни раз больше.

Самым популярным показанием для стимуляции спинного мозга считается синдром оперированного позвоночника (FBSS). Пациенты с хронической болью, возникшей после множественных спинальных операций, часто страдают от депрессий, ухудшения функциональных возможностей, социального статуса, потери рабочего места, нарушений сна и многих других сопутствующих расстройств. Если пациент не отвечает на консервативную терапию, ему рекомендуют стимуляцию спинного мозга. Процедура стимуляции подразумевает размещение одного или нескольких мультиконтактных электродов для нейростимуляции в заднем эпидуральном пространстве позвоночника для создания электрического поля над задними столбами спинного мозга. Нейростимуляция определенного уровня спинного мозга вызывает парестезии в области боли и снижает ее тяжесть.

Важные факторы успеха

Успех проведения процедуры стимуляции спинного мозга при FBSS зависит от нескольких факторов, а именно: тип патологии и локализации боли, является ли боль нейропатической, а также мотивация пациента и его активное участие в лечении. Своевременное назначение терапии – еще один важный фактор. Наилучшие результаты наблюдаются при назначении терапии пациентам в течение года с момента первой операции. В поддержку применения нейростимуляции при FBSS постоянно публикуются новые исследования. Большинство пациентов сообщают о 50% и более снижении уровня боли при применении стимуляции спинного мозга, а также о функциональном улучшении и высокой вероятности возврата на рабочее место. Две трети пациентов отметили полное удовлетворение от операции и около 80% пациентов рекомендовали бы эту операцию другим больным.

Нейростимуляцию применяют для контроля над болью при различных ишемических состояниях и особенно успешно – при упорной стенокардии или заболевании периферических сосудов (PVD) при противопоказаниях к проведению реконструктивной операции. Также нейростимуляция показана пациентам при сосудистой недостаточности, если невозможно провести процедуру реваскуляризации. Данный вид терапии широко применяется в Европе при лечении ишемической боли. Способность нейростимуляции улучшать кровоток позволяет предположить, что при некоторых ишемических состояниях её следует применять раньше в схеме лечения.

Многие европейские исследования подтверждают, что стимуляция спинного мозга смягчает симптомы стенокардии, снижает уровень боли, количество употребляемого нитроглицерина и обеспечивает большую подвижность пациенту. 80% пациентов со стенокардией, прошедших терапию стимуляцией спинного мозга, отмечали меньше стенокардических приступов и улучшение качества жизни.

В России первые операции по имплантации системы нейростимуляции при упорной стенокардии были проведены во второй половине 1990-х гг. профессором Хоршем (Германия) в РНЦХ АМН. Но несмотря на успешные результаты, методика не получила распространения и широкого признания российскими специалистами. Спустя почти 15 лет, в ноябре текущего года в НИИПК им. Мешалкина (Новосибирск) по приглашению директора Института, академика А.М. Караськова, профессор В.А. Шабалов на базе нейрохирургического отделения института провел несколько операций по имплантации тестовых электродов. Специалистами НИИПК были подготовлены 3 пациента с кардиогенными болями после аортокоронарного шунтирования (Angina pectoris, AP) и 5 пациентов с критической ишемией конечностей (Peripheral vascular disease, PVD). Пациентам под местной анестезией транскутанно были имплантированы тестовые эпидуральные электроды (St. Jude Medical) на верхнегрудной уровень (AP) и на нижнегрудной уровень (PVD). Следует отметить, что во всех случаях результат проявлялся либо в день операции, либо на следующий день. Пациенты сообщали о снижении тяжести или исчезновении болей за грудиной или в ногах, а также о повышении толерантности к физическим нагрузкам.

За период от нескольких дней до месяца (но не более) пациент и врач могут оценить эффект от стимуляции и спрогнозировать результат долгосрочной терапии. Так как все результаты крайне индивидуальны – техника тестовой процедуры становится крайне полезной в алгоритме лечения всех указанных заболеваний в неврологии и кардиологии. По завершению тестового периода электрод свободно удаляется – процедура занимает меньше минуты, и, если принято решение устанавливать постоянную систему, пациенту назначается день операции. Если же нейромодуляция не подходит данному пациенту, то после удаления электрода он может продолжить лечение другими методами.

При правильном отборе пациентов с истощающими болевыми синдромами нейростимуляция незаменима для снижения уровня боли, оптимизации функций, улучшения качества жизни и уменьшения затратности лечения.

Обзор подготовлен
К.А. КОСТЕЦКОЙ,
специалистом по продукции ЗАО «ИМПЛАНТА»

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ ИНВИТРО – СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПОВЫШЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

Уровень профессиональной подготовки практикующего врача с учетом состояния современной медицины имеет большое значение. Для соответствия квалификационным характеристикам и обеспечения качественной медицинской помощи населению врач-клиницист на протяжении всей трудовой деятельности должен постоянно заниматься самообразованием, обновлять свою теоретическую базу, непрерывно поддерживать необходимый уровень собственных знаний и навыков, знать и использовать на практике новейшие достижения медицинского прогресса.

В настоящее время наблюдается стремительное развитие медицинских технологий, в практику активно внедряются научные разработки отечественных и зарубежных ученых в сфере лабораторной диагностики и лечения нозологий. Быть в курсе последних тенденций развития в медицине и эффективно применять их в повседневной деятельности врачу зачастую мешает ряд факторов, в т.ч. информационные и временные ограничения. С одной стороны, специализированная периодика не всегда своевременно и в полном объеме освещает существующую проблематику, а изучение иностранных информационных каналов требует хорошего знания языка. С другой стороны, найти время для прохождения длительного курса повышения квалификации практикующему врачу бывает довольно сложно.

Выходом из сложившейся ситуации может стать такой формат последипломного образования, который позволяет врачу не только получать знания в необходимом объеме, но и знакомиться с современной теорией и лучшими практиками в удобное время без отрыва от практической деятельности.

Независимая лаборатория ИНВИТРО одной из первых среди медицинских компаний осознала данные потребности врачей и предложила клиницистам целый комплекс образовательных и научных мероприятий в разных формах обучения: семинары, вебинары, конференции, «круглые столы» с участием выдающихся деятелей медицинской науки – основоположников ряда школ, авторов современных методов диагностики и лечения.

Целью образовательной программы ИНВИТРО для врачей в рамках стратегических подходов в развитии системы здравоохранения страны стало эффективное содействие расширению междисциплинарных научных коммуникаций в области медицины и повышению профессиональной подготовки клиницистов в разделе лабораторной диагностики и современных подходов к лечению. При этом на всех этапах реализации образовательного проекта – от замысла до проведения, учитываются потребности и пожелания практикующих врачей.

В силу информационных и временных ограничений, обозначенных выше, основным проводником к программам клинической подготовки врачей и эффективным инструментом коммуникации в медицинском сообществе на сегодняшний день является Интернет. Поэтому дистанционное обучение из существующих форм образования становится все более востребованным, а программы ИНВИТРО – серьезным шагом на пути популяризации медицинских знаний, научной информации и повышения уровня квалификации специалистов сферы здравоохранения.

Видеотрансляции программ дистанционного обучения ИНВИТРО проводятся на качественно новой технологической площадке «Первый медицинский канал», ставшей результатом совместных усилий и многолетнего опыта Издательского дома «Медиа Сфера» и компании ИНВИТРО.

Слушатели курса дистанционных программ ИНВИТРО – врачи различных специализаций: терапевты, гинекологи, эндокринологи, урологи, андрологи, хирурги, кардиологи, неврологи, онкологи, невропатологи, реаниматологи, стоматологи, нефрологи, пульмонологи, гепатологи, гематологи, организаторы здравоохранения и др. Видеоформат лекций позволяет клиницистам получать наиболее актуальную и современную медицинскую информацию в удобное время, не отвлекаясь от своей практической деятельности, дает возможность в режиме реального времени задавать вопросы выдающимся деятелям отечественной и зарубежной медицинской науки и практики, обмениваться опытом с коллегами.

В заключение, хотелось бы отметить, что Независимая лаборатория ИНВИТРО открыта для врачей всех специальностей любых медицинских учреждений. Сегодня компания предлагает не только качественные лабораторные исследования, но и эффективно содействует расширению коммуникаций внутри медицинского сообщества, предлагая комплекс образовательных, научных и социальных программ.

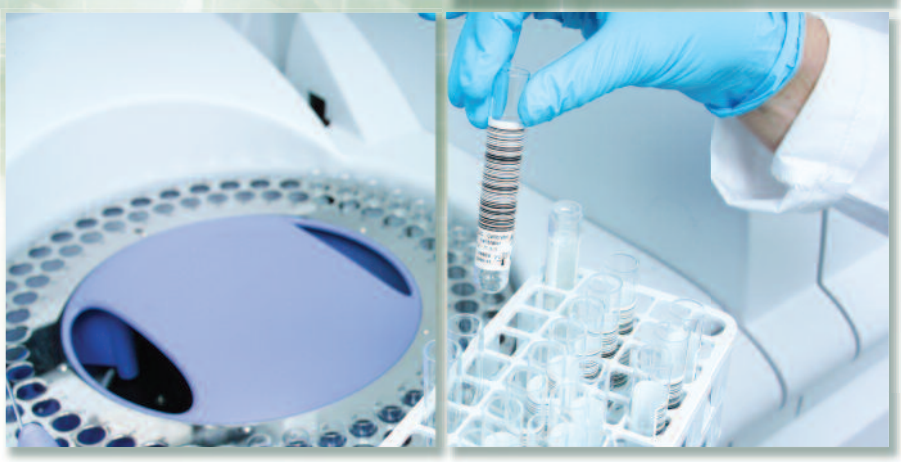
Принцип и приоритет ИНВИТРО – всестороннее содействие врачам в их ежедневной практической деятельности.

О.П. АСКЕРКО,
канд. мед. наук, врач департамента взаимодействия со специалистами сферы здравоохранения Независимой лаборатории ИНВИТРО

НЕЗАВИСИМАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ИНВИТРО®

- 14 лет на рынке лабораторной диагностики России
- 5 лабораторных комплексов работают под брендом ИНВИТРО в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Челябинске и Днепропетровске
- Высокая технологичность и автоматизация всех процессов
- Широкие диагностические возможности
- Многоуровневая система контроля качества
- Нам доверяют врачи более 950 государственных медицинских учреждений и частных клиник России и Украины

8 (495) 363-03-63, 8 (800) 200-363-0
www.invitro.ru



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПОЛУЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА.

2 МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЙ»

Место и дата проведения конференции «Расстройства движений»:

г. Москва, ул. Русаковская, 24, г-ца "Холидей Инн Москва Сокольники"

14 -15 декабря 2012 г.

РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЙ 2012

Movementdisorders.RU

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Медицинская газета®

Основано в 1893 году
Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ

В тематических разделах «Конспект врача», «Здравоохранение», «Наука и практика», «Медицина и власть», «Время и мы», «Мир и здоровье», «Страница фармацевта» освещаются как самые современные методы диагностики и лечения, так и разнообразная жизнь медицинского сообщества.

объем издания: 16 полос.

Почтовые подписные индексы
В Объединенном каталоге «Пресса России»:
50075 – помесячно, 32289 – полугодовая,
42797 – подписка на 2013 год

Подписку можно оформить также через редакцию газеты или через альтернативное подписное агентство в вашем городе.

Подробности подписки на электронную версию «МГ» – на сайте редакции: www.mgzt.ru

Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090 .
Тел./факс: (495) 608 86 95, подписка – (495) 608 84 89, реклама – (495) 608 85 44
e-mail: mggazeta@post.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
АССОЦИАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ РОССИИ
РОССИЙСКИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. ПРОФ. А.Л. ПОЛЕНОВА
МОО «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»

При участии
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

XII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

18TH EMN CONGRESS AND TRAINING COURSE

24 – 27 апреля 2013 года, Санкт-Петербург, отель «Crown Plaza Аэропорт»

В ПРОГРАММЕ КОНФЕРЕНЦИИ
- Пленарные и секционные заседания
- 18th emn congress and training course
- Выездная образовательная программа
- Круглые столы
- Мастер-классы
- Пленум правления ассоциации нейрохирургов России
- Конференция молодых ученых

ТЕХНИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ:
МОО «Человек и его здоровье»
+7 (812) 380 3155
+7 (812) 380 3156
ph@peterlink.ru
www.congress-ph.ru

ТЕМАТИКА
- Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника
- Нейрохирургическая патология сосудов мозга и некоторые аспекты цереброваскулярной патологии
- Опухоли головного и спинного мозга
- Нейрохирургия детского возраста
- Эпилепсия
- Функциональная и реконструктивная нейрохирургия
- Нейроанестезиология и нейрореаниматология
- Нейрореабилитация
- Нейропротекция в нейрохирургии

ВАЖНЫЕ ДАТЫ
- Льготная аккредитация - до 1 февраля 2013 г.
- Подача заявок на устное сообщение и публикацию тезисов (статей) - до 1 февраля 2013 г.
- Бронирование гостиницы – до 14 марта 2013 г.

ПРИГЛАШАЕМ КОМПАНИИ К УЧАСТИЮ!

Вейновские чтения

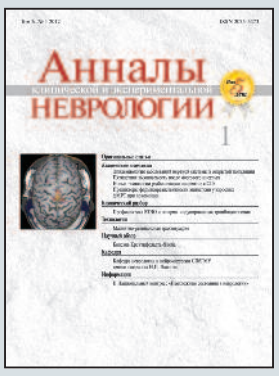
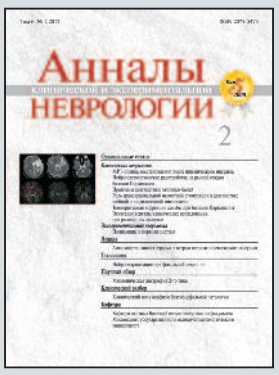
9-я ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ АКАДЕМИКА А.М.ВЕЙНА

15-16 ФЕВРАЛЯ 2013 г.

Новое место проведения – Холидей Инн Сокольники

Москва, ул. Русаковская, 24

vein.paininfo.ru vc@paininfo.ru

ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Анналы клинической и экспериментальной неврологии

Annals of clinical and experimental neurology

Во всех почтовых отделениях РФ продолжается подписка на журнал.
Подписной индекс в каталоге «Пресса России»
29662
Подписку можно осуществить через издательство.

Стоимость подписки на 2013 год:	
12 месяцев (четыре журнала в год)	1422 руб. 50 коп.
6 месяцев (два журнала в полугодие)	736 руб. 20 коп.
3 месяца (один журнал)	368 руб. 10 коп.

Необходимо заполнить реквизиты, оплатить квитанцию и направить ее по адресу издательства.

Получатель платежа: ЗАО «РКИ Соверо пресс»
125130 Москва, 4-й Новоподмосковный пер., д. 4
Р/с 40702810500170000407
В ОАО «Банк Москвы» (отделение «Хамовническое»)
К/с 30101810500000000219
ИНН 7704193721 БИК 044525219 КПП 770401001

Тел./ факс: (499) 159-98-47 E-mail: soveropress@bk.ru
www.soveropress.ru;

www.annaly-nevrologii.ru

УНИКАЛЬНЫЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НА ИНФАРКТ МИОКАРДА

В настоящее время особое значение приобретает развитие отечественного инновационного потенциала в области разработок медицинского назначения. В этой связи интересен опыт Новосибирска, где выполнена уникальная разработка по созданию нового диагностического средства на основе современных био- и нанотехнологий. Компания ООО НПО «БиоТест», основанная в 2005 г., разработала и запустила серийное производство единственного отечественного, не имеющего мировых аналогов, бесприборного экспресс-теста для ранней диагностики инфаркта миокарда «КардиоБСЖК».

Данный тест является «прикроватным», он прост в эксплуатации и не требует никакого дополнительного оборудования. При этом достаточно внести 3 капли венозной крови в тестовую планшету и затем не позднее 25 мин визуально оценить результат – как положительный (инфаркт миокарда есть), либо отрицательный (инфаркта миокарда нет). Тест разработан на основе раннего кардиомаркера сБСЖК – белка, связывающего жирные кислоты, который за счет своих уникальных свойств быстро попадает в кровоток при гибели клеток миокарда.

Вследствие своей простоты и оперативности данная тест-система может использоваться в кардиологических отделениях стационаров, бригадами «скорой помощи», а также врачами поликлиник, специалистами (врачами и средним медицинским персоналом), работающими в отдаленных сельских медицинских учреждениях. На сегодняшний день тест «КардиоБСЖК» – самый ранний из существующих в мире биохимических экспресс-тестов на выявление инфаркта миокарда, позволяющий существенно ускорить время постановки диагноза этого заболевания и принятие решения о применении высокотехнологичных методов лечения.

Тест «КардиоБСЖК» зарегистрирован в МЗ РФ и имеет Регистрационное удостоверение № ФСР 2008/03696 от 05 декабря 2008 г., разрешающее его производство и продажу. Кроме того, разработчиками получен патент РФ № 87262 от 27 апреля 2009 г. «Тест-система «КардиоБСЖК» для иммунохроматографического определения сердечного белка, связывающего жирные кислоты в образце цельной крови для экспресс-диагностики инфаркта миокарда».

Совместно с НИИ терапии СО РАМН, ведущими клиниками Сибирского региона и Москвы в течение нескольких лет проводилось клиническое исследование теста «КардиоБСЖК» с участием большого числа больных с подозрением на острый коронарный синдром. На основании этих и других клинических данных Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ 18 марта 2010 г. выдала разрешение № 0000197 на применение новой медицинской технологии «Способ ранней диагностики инфаркта миокарда на основе обнаружения в образце цельной крови сердечного белка, связывающего жирные кислоты при помощи тест-системы «КардиоБСЖК». При этом отмечена значимость данной методики в сложных клинических случаях (при нетипичной клинической картине и отсутствии четких электрокардиографических критериев).

В 2012 г. было завершено многоцентровое российское некоммерческое исследование по изучению клинической эффективности ранней диагностики острого инфаркта миокарда с помощью белка, связывающего жирные кислоты (ИСПОЛИН), проведенное под эгидой Российского научного медицинского общества терапевтов, в которое было включено более 1000 пациентов. Исследование проводилось в 24 клиниках Российской Федерации, а в число исследователей вошли ведущие специалисты из Москвы, Архангельска, Барнаула, Волгограда, Иркутска, Кемерово, Красноярска, Курска, Новосибирска, Перми, Ростова-на-Дону, Рязани, Томска и Якутска. Было выявлено, что тест начинает работать уже спустя час после начала развития инфаркта. Эта его особенность позволяет значительно ускорить постановку диагноза и обеспечить своевременность оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Результаты исследования подтвердили ранее полученные данные по сердечному белку, связывающему жирные кислоты. Эффективность диагностики особенно высока на ранних стадиях заболевания (в первые 1–6 ч), превосходя в эти сроки по соотношению чувствительности и специфичности все другие биомаркеры. Наибольшую практическую значимость данный тест имеет в сложных диагностических ситуациях, а удобство и простота метода позволяют широко использовать его в практике с целью ранней диагностики некроза миокарда.

В настоящее время тест активно закупается медицинскими учреждениями многих регионов России. В частности, в Красноярском крае тест уже включен в краевой стандарт оказания медицинской помощи больным с инфарктом миокарда. В 2012 г. начато внедрение теста в практику работы скорой медицинской помощи Новосибирска. Отзывы врачей чрезвычайно положительные. Стоимость одного теста составляет 230 руб., тогда как стоимость зарубежного (наиболее широко используемого в клинической практике и диагностирующего инфаркт миокарда в существенно более поздние сроки) теста на Тропонин Т составляет от 450 руб. и выше.

Данная разработка – хорошая иллюстрация научно-технического потенциала российской науки и промышленности в области развития современных биомедицинских технологий. Ее внедрение будет способствовать снижению смертности и инвалидности вследствие инфаркта миокарда. Кроме этого, на основе данной разработки можно провести инновационно-внедренческий эксперимент по совершенствованию системы оказания помощи больным с инфарктом миокарда. Крайне актуально также использование теста в условиях сельского здравоохранения.

На основе отработанной технологии разработчики готовы значительно расширить свою деятельность в деле развития других экспресс-тестов, представляющих интерес для отечественного здравоохранения.

М.И. ВОЕВОДА,
член-корреспондент РАМН,
директор НИИ терапии СО РАМН,
вице-президент РНМОТ,
А.А. СПАССКИЙ,
докт. мед. наук, профессор,
генеральный секретарь РНМОТ,
В.А. КОКОРИН,
канд. мед. наук, доцент, ученый секретарь РНМОТ

ООО НПО "БиоТест"
Россия, 630128, Новосибирск
ул. Кутателадзе д. 4А, офис 101.
Тел.: +7 (383) 363-3618 Факс: +7 (383) 332-9433
E-mail: info@biotst.ru Сайт: www.biotst.ru

SOVERO press

ГАЗЕТА ИНТЕРФАРММЕДИКА СПЕЦВЫПУСК

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Президент
В.Б. Тараторкин
Генеральный директор
Е.М. Акимова
Заместители генерального директора
К.А. Бабаскина, А.В. Калгушкина

Редакция газеты «ИНТЕРФАРММЕДИКА»

Главный редактор
М.О. Бочарова
Зам. главного редактора
М.И. Лаптева
Дизайн и верстка
Е.В. Анферова
Редактор
С.М. Сосновская
Спец. корреспонденты
М.О. Ольгина
Ю.Ф. Михайлов

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.soveropress.ru

©Дизайн ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связей и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-35244

Газета вручается или рассылается каждому участнику выставки, конгресса, съезда, форума, во все медицинские университеты страны, а также на медицинские факультеты, в институты, военные академии, крупные больницы и лечебные центры.

Тираж 5000 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.