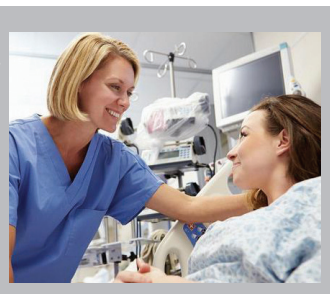
ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ В 2022 г. ВПЕРВЫЕ ПРОЙДЕТ В РОССИИ
2 стр.



АМБУЛАТОРНЫЙ МАНИФЕСТ
4 стр.

ГЕНЕРИУМ: ВРЕМЯ ЛЕКАРСТВ
11 стр.

ГАЗЕТА
ИНТЕРФАРММЕДИКА
СПЕЦВЫПУСК
Издается с 2009 года
Ноябрь 2018

XIII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

Москва. Международный выставочный центр «Крокус Экспо». Сегодня здесь начинает работу XIII Национальный конгресс терапевтов. По традиции Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) посвящает все свои мероприятия 2018 года 120-летию со дня рождения выдающегося врача и ученого Иосифа Абрамовича Кассирского. Накануне открытия форума мы беседуем с президентом РНМОТ, академиком РАН Анатолием Ивановичем МАРТЫНОВЫМ.

НОВОЕ ДЫХАНИЕ ТЕРАПИИ

Многие институты страны уделяют сегодня особое внимание первичному звену здравоохранения, амбулаторной службе в целом, поликлиническому врачу в частности. Почему эта служба так долго добивалась особых прав?

Наше здравоохранение пережило три этапа. Первый, когда особое внимание уделялось первичному звену, поликлинической работе. Ведущую роль в обеспечении здоровья населения, как считал в то время Минздрав, играл участковый терапевт. Напомню, в 70-е годы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала нашу советскую систему поликлинической помощи как образцовую.

Позднее пришел период специализации, освоения и внедрения новых технологий и методов диагностики: ультразвук, более современные формы исследования сосудистой патологии, контрастные методы, прочно в практику вошла эндоскопия, ранние методы диагностики онкологических заболеваний, компьютерная, магнитно-резонансная томография. В частности, когда министром здравоохранения был выдающийся кардиолог, академик Евгений Иванович Чазов, в стране появились сосудистые центры, задачей которых стало оказание помощи кардиологическим больным на самом раннем этапе. В результате, если раньше смертность при инфаркте миокарда достигала 30%, в последнее время, благодаря применению ранней антикоагулянтной терапии, методов стентирования и аортокоронарного шунтирования, смертность уменьшилась до 5%.

Несмотря на такие успехи, к сожалению, было упущено первичное звено. Но пришел третий этап, когда стало понятно, что качество здоровья населения в основном определяет терапевт. Ситуация изменилась, когда был сделан серьезный шаг. Практически во всех поликлиниках ввели электронную запись, что сразу упорядочило работу терапевта, который теперь мог планировать свой рабочий день, а больные перестали просиживать у его кабинета в длинных очередях.

Сейчас врач поликлиники работает в других условиях. Во-первых, у него неплохая материальная поддержка, во-вторых, он имеет возможность получать большое количество информационных материалов, которые помогают за относительно короткий период времени сориентироваться и поставить верный диагноз. Я имею в виду «клинические рекомендации». Если раньше Минздрав относился к ним как к вспомогательным, то сейчас они становятся основным документом для оказания первичной медицинской помощи. Это очень важно, так как сразу создает условия равной готовности врачей в различных регионах страны, дает возможность врачу быть ориентированным на современные методы диагностики и лечения.

Есть еще одна особенность. На государственном уровне определены «приоритеты» наиболее распространенных заболеваний, которые в большей мере отягощают здоровье населения и часто встречаются в практике терапевта. Их диагностика и профилактика на раннем этапе, своевременная помощь значительно сокращают различного рода осложнения. К таким группам относятся: сердечно-сосудистая патология со всеми ее проявлениями, онкология, заболевания легких, эндокринология, в частности, сахарный диабет. По ним подготовлены «клинические рекомендации», они согласованы с Министерством здравоохранения.

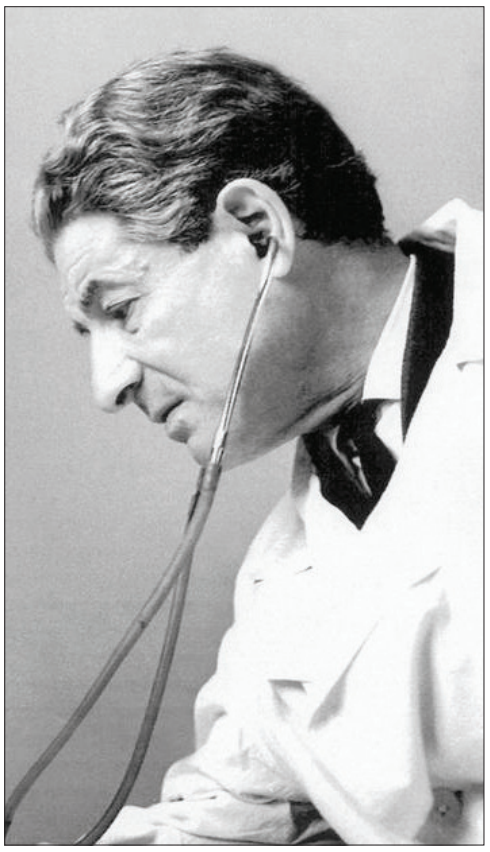
Когда мы говорим, что врач должен знать все, конечно, это не так. Объем информации колоссальный. Минздрав проводит очень большую работу по созданию реальных возможностей для ориентации врача в той или иной патологии. Это электронные средства информации. Возможность работать с интернетом сейчас есть практически во всех поликлинических учреждениях. Создан портал Минздрава, который насыщен информацией, касающейся и диагностики, и лечения, вывешены все «клинические рекомендации», много вариантов различного рода телефонных справочников. Российское научное медицинское общество терапевтов совместно с Обществом врачей России и Московским медико-

(Окончание на 2 стр.)

120 лет со дня рождения И.А. КАССИРСКОГО

СГОРАЯ САМ, ДРУГИМ СВЕТИ ВСЕГДА

Научные открытия этого врача значительны и объёмны. Вот слова ближайшего ученика И. Кассирского и его преемника по кафедре, академика РАН А. Воробьёва: «Гематология, которую мы сегодня в нашей стране знаем, началась с трудов Кассирского». Он изучил дифференциальную диагностику, определил классификацию лейкемоидных реакций. По праву он считается основоположником клинической фармакологии в СССР. Разработки Кассирского в области химической и гормональной терапии широко применяются и в современной медицине. Его перу принадлежит первая в стране монография «Очерки рациональной химиотерапии». И это только одна из 30 монографий, воплотивших научные разработки незаурядного учёного.



Бытие определяет сознание

Иосиф Абрамович родился 16 апреля 1898 г. в г. Новый Маргелан (переименованный в 1924 г. – в г.Фергану) в интеллигентной семье. В 1906 г. восьмилетний Иосиф поступил в гимназию. Благодаря исключительным способностям и большому трудолюбию учился прекрасно и окончил гимназию с золотой медалью. Скобелевская гимназия была классической, большое внимание уделялось изучению французского, немецкого, латинского языков. Кассирский хорошо владел ими, читал в подлиннике Овидия, Горация, Цицерона, Вирхова, Эрлиха. Именно в гимназические годы были заложены основы огромной эрудиции Кассирского. Он играл на флейте и фортепьяно, увлекался оперой, живописью, архитектурой, прекрасно знал историю Москвы. Духовное обогащение Кассирского продолжалось всю жизнь. Забегая вперед, нельзя не сказать о литературных способностях Кассирского. Ираклий Андроников в одном из писем Кассирскому не скрывал эмоций: «Прочел Ваши рассказы и получил огромное удовольствие – один лучше другого. Написаны блестящим пером, увлекательно, точно, великолепен язык!.. (чувствуется высокая виртуозная техника)... Как хорош очерк об Андре Моруа! Какой блеск, какой слог, какое изящество!».

И все же медицина...

С одной стороны, Кассирского влекли гуманитарные науки, с другой – сознание как катастрофически недостаёт врачей в городе, откуда он родом, склоняло к медицине. «Я вовремя понял, что склад ума у меня не математический, не инженерный, да и черты характера не те, что требуются в области точных наук. Не только человек выбирает себе профессию, но и сама профессия, если можно так выразиться, выбирает себе человека. Ко всему, что мы, врачи, обязаны знать и уметь точно и безошибочно, как инженеры в своей области, прибавляются в медицине, как ни в какой другой науке, и решают очень многое личные качества врача», – вспоминал Иосиф Абрамович.

В итоге он поступил сразу на два факультета Томского университета – филологический и медицинский. Старшекурсником во время каникул, он на велосипеде объезжал дворы своего среднеазиатского города и интересовался, нет ли температурящих больных. Так постепенно будущий врач приобщился к тропическим инфекциям.

Жилось Кассирскому в Томске трудно. Помощи из дома ждать не приходилось. Иосиф работал контролером городской электросети, продавцом в студенческой хлебной лавке, что не мешало ему очень интенсивно заниматься, много читать. Приезжая на каникулы на родину, работал санитаром в инфекционных бараках Ферганы. После Октябрьской революции служил в Красной армии, предпринимал огромные усилия по оказанию медицинской помощи красноармейцам – был хирургом, терапевтом, зубным врачом, эпидемиологом и гигиенистом. Получив

(Окончание на 3 стр.)

ПАЦИЕНТ – ОСОБЫЙ ПОДХОД

XVII ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

В Висбадене (Германия) состоялся очередной XVII Европейский конгресс терапевтов, прошедший под девизом «Искусство разрешения сложных клинических ситуаций: интегрированный, пациент-ориентированный подход». Организатором конгресса, в котором приняли участие свыше 1200 специалистов из 70 стран, являлась Европейская Федерация внутренней медицины (EFIM). Наибольшее количество участников представляли Португалию, Испанию и Германию.

Активное участие в конгрессе приняли российские терапевты. В составе делегации Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) были: президент, академик РАН А.И. Мартынов, вице-президент, проф. Л.Б. Лазебник, генеральный секретарь, проф. А.А. Спасский, ученый секретарь В.А. Кокорин, член президиума проф. О.И. Боева председатель секции молодых терапевтов Е.Н. Белоусов (Казань), а также обладатели грантов РНМОТ и EFIM В.С. Шеменкова (Москва), К.Р. Сафарова (Саратов) и М.В. Деревянченко (Волгоград), с докладами в постерной сессии.

Перед началом конгресса состоялась Генеральная ассамблея EFIM, в которой принял участие 81 делегат из 29 стран-членов Федерации. Были заслушаны и одобрены отчеты о работе EFIM за 2017–18 гг., представленные президентом EFIM Р. Палссоном (Исландия), а также отчеты о финансовой деятельности казначеем EFIM В.А. Кокориным (Москва). Следующим президентом Федерации избран Д. Диккер (Израиль). Состоялась передача полномочий президента EFIM от Р. Палссона – Н. Монтано (Италия). Был обсужден вопрос о ходе внедрения европейских компетенций по терапии и подготовке дополнений к уставу EFIM. По вопросам издания Европейского журнала внутренней медицины (EJIM) выступил П.М. Маннуччи (Италия), Дж. Келлетт (Ирландия) представил отчет о деятельности Европейского журнала клинических случаев во внутренней медицине (EJCRIM). С докладом, посвященным перспективам развития EJIM выступил его новый главный редактор, проф. Дж. Аньелли (Италия). Прозвучал отчет о школах по внутренним болезням для молодых интернистов, проведенных в 2018 г. В зимней школе 2018 г. в Леви (Финляндия) приняла участие Е.А. Кочмарева (Москва), получившая грант РНМОТ как победительница конкурса молодых специалистов XII Национального конгресса терапевтов. Местом проведения летних школ по внутренней медицине в 2020-2022 гг. была выбрана Испания. Заслушаны отчеты секции молодых интернистов (И. Ружа, Латвия) и рабочих групп EFIM по кампании «Разумный выбор» (Н. Монтано, Италия) и профессиональным вопросам (Л. Кампос, Португалия). Д. Серени (Франция) доложил о деятельности Фонда содействия развитию внутренней медицины в Европе.

Л. Кампос (Португалия) сообщил о ходе подготовки к XVIII Европейскому конгрессу терапевтов, который пройдет 29-31 августа 2019 г. в Лиссабоне (Португалия). В ряды Федерации в качестве ассоциативного члена было принято Ливанское общество внутренней медицины. На совещаниях рабочих групп по профессионализму и качеству оказания медицинской помощи, кампании «Разумный выбор» наша страна была представлена профессорами Л.Б. Лазебником (Москва) и О.И. Боева (Ставрополь), а на ассамблее молодых интернистов – председателем секции молодых терапевтов РНМОТ Е.Н. Белоусовой (Казань).

На торжественной церемонии открытия конгресса собравшихся приветствовали его президент П.-М. Шумм-Драгер (Германия), президент EFIM Р. Палссон (Исландия) и мэр Висбадена С. Герих. Почетная лекция «Системы здравоохранения – как оценить их эффективность и насколько они соответствуют пациент-ориентированности?» была прочитана Р. Буссе (Германия).

Основными вопросами научной программы форума являлись: последние достижения в области внутренних болезней, современные возможности цифровой медицины, лечение ожирения, персонализированная медицина, скрининг и раннее лечение в профилактике наиболее распространенных заболеваний, лечение незащищенных слоев населения, избыточная диагностика и чрезмерное лечение в эпоху доказательной медицины, нарушения кальциевого обмена, гендерная медицина.

Заседания конгресса проходили в трех залах. Постоянно функционировали зона электронных постеров и уголок молодого интерниста, где проводились встречи с экспертами и дебаты по наиболее актуальным аспектам практики начинающих специалистов, а также выставка фармацевтических компаний и медицинской литературы. Программу конгресса составили 5 пленарных заседаний, 14 параллельных сессий, мастер-классы по ультразвуковой диагностике, образовательные курсы по лечению ожирения и кампании «Разумный выбор», конкурсы на лучший клинический случай и лучший постерный доклад.

В сборник материалов конгресса вошли 1185 тезисов, 33 из которых были поданы отечественными специалистами из Москвы, Волгограда, Воронежа, Казани, Новосибирска, Ростова-на-Дону, Рязани, Саратова и Ставрополя.

Два года назад мы в Москве впервые успешно провели Европейский конгресс терапевтов и выиграли конкурс на проведение Всемирного конгресса терапевтов, который пройдет в Москве 2022 г.

А.И. МАРТЫНОВ,
президент РНМОТ,
академик РАН
В.А. КОКОРИН,
ученый секретарь РНМОТ,
доцент

НОВОЕ ДЫХАНИЕ ТЕРАПИИ

(Окончание. Начало на 1 стр.)

стоматологическим университетом подготовили интересную и перспективную электронную программу экстренной помощи поликлиническому врачу. Пока это пилотный вариант, но уже получивший государственную регистрацию в Роспатенте и согласованный с Минздравом.

Например, пациент жалуется на кашель, нехватку воздуха при физической нагрузке. Доктор «забивает» эти симптомы в портал, который решает задачу дифференциального диагноза, вводит пол, возраст, вес больного и получает предварительную подсказку о дополнительном лечении: сделать рентген грудной клетки, определить показатели дыхания. Дополнительные результаты снова вводятся в программу, и у врача появляется четкое представление о дальнейшем лечении.

Программа имеет чрезвычайно важную часть о совместимости лекарственных препаратов. Как правило, у больных не одна болезнь. Чаще всего – две, три, а в пожилом возрасте и больше. В программе красным цветом выделяется то, что несовместимо, или совместимо, но с оговорками. Создание программы – серьезное достижение и совершенно новый подход к работе врача общей практики – ведущего специалиста в ранней диагностике, «маршрутизации» больного, которого нужно вовремя направить к онкологу, эндокринологу.

Важно пропагандировать принципы здорового образа жизни. Курение, употребление алкоголя, избыточный вес, невнимательное отношение к артериальному давлению – серьезные причины, которые ведут к различным заболеваниям с далеко идущими патологическими процессами. Сейчас международные организации четко разработали программу физической активности. Каждый человек должен в неделю быть физически активным 150-300 минут. Может быть с перерывами, по полчаса, но равномерная физическая нагрузка необходима. Это может быть ходьба, велосипед, плавание. Дело в том, что наш организм перестраивается на биохимический уровень нагрузки только через 10 минут равномерных физических упражнений. Когда пациенту задаешь вопрос, сколько он должен пройти в день, практически никто не знает. Минимально – три километра, желательно пять. Если человек не делает этого, он уже сокращает свою жизнь. Сегодняшние приоритеты - первичная медицинская помощь, диспансеризация, врач общей практики, семейный врач и максимальная пропаганда здорового образа жизни.

Давайте попробуем заглянуть в будущее, вперед на 10–20 лет, каким будет терапевт?

Мне представляется, что терапевт, при всем уважении к специалистам, останется ведущим врачом. Именно он должен верно оценить состояние больного, а специалист, применив свои знания и технологии, окажет своевременную высококвалифицированную помощь. Благодаря средствам информации, у терапевта будут более широкие возможности найти быструю подсказку. И не нужно этого бояться или стесняться. Я думаю, что если у врача есть подсказки в интернете, они экономят его время, помогают дать экспертную оценку его решению, понять совместимость лекарственных препаратов.

Еще один принципиальный момент, который поменяет структуру и форму работы терапевта. Это генетика. Сейчас понятно, что в подавляющем большинстве заболеваний есть так называемые, измененные аллели, которые создают предпосылки для тех или иных болезней. Определение аллелей с помощью генетических исследований ставит пациента в группу риска и, соответственно, за ним должно быть другое наблюдение. Это касается онкологической патологии, гипертонической болезни, сахарного диабета.

Генетика может не только помочь и врачу и пациенту создать особые группы наблюдения, она поменяет структуру работы. В будущем пациенты должны будут иметь генетический паспорт. Сейчас генетические исследования можно сделать в пределах 1000 евро, раньше это стоило около 3 тысяч. Методики совершенствуются, придет время, когда это будет стоить дешевле.

Современные средства контроля за состоянием здоровья позволяют дистанционно обеспечить поликлинического врача информацией. Теоретически это уже отработано, практически – требует организационного совершенствования. Созданы накожные датчики, которые в течение суток определяют уровень сахара в крови. Как только сахар превышает норму, через телефон идет сигнал на компьютер врача. Это те принципиально новые условия, которые разрабатываются и фрагментарно уже внедряются в практику. Перспектива чрезвычайно интересная, для реализации которой потребуется не менее 25 лет. При этом, нужно будет перестроить не только психологию врача, но и пациента, поменять стиль их отношений.

Какое место в медицине занимает сегодня проблема самолечения?

Самолечение существовало всегда. Оно было разным и соответствовало времени, той культуре, которая господствовала в обществе. Больной первый ставит некое предположение о заболевании. У него болит горло или голова, он делает первые шаги к выяснению случившегося самостоятельно, а только потом обращается к доктору.

Сегодня, в условиях развития интернета, эта тема становится особенно актуальной. С одной стороны, обращение к врачу стало проще и удобнее, чем было в годы начала моей врачебной работы. С другой, лавина неконтролируемой, непроверенной, но при этом легко доступной и разнообразной информации о болезнях и способах лечения. Над этим вопросом врачебное сообщество работает давно. Могу сослаться на «Малую медицинскую энциклопедию», которая в сравнительно недавнем прошлом была очень популярна у пациентов. Но и там было написано, что бесконтрольное самолечение приносит вред. Прошло время, и сейчас отношение к самолечению принципиально поменялось. Всемирная организация здравоохранения в какой-то мере легализовала самолечение, правда, уточнив этот термин дополнением «ответственное самолечение». Что это значит? Пациент проводит его самостоятельно, но предварительно обязательно проконсультировавшись с врачом. Например, гипертоник должен знать, что при повышении артериального давления, уровень которого определяет врач, он должен принять препарат из группы неотложной помощи. Иными словами, врач с учетом возраста назначает фоновую или базовую терапию, которую нужно соблюдать.

Анатолий Иванович, расскажите немного о личном, о своем профессиональном пути.

Было время, когда я хотел посвятить свою жизнь службе на флоте. Мне очень нравилась форма. Она действительно хороша! Но случилось так, что когда я учился в старших классах, серьезно заболела мама. Она была обездвижена, и мне приходилось за ней ухаживать. Так я оказался во Втором медицинском институте. Мне повезло, попал в студенческий кружок кафедры госпитальной терапии, который в то время возглавлял Павел Евгеньевич Лукомский. Он стал для нас лидером. Наш кружок вели люди увлеченные, отдававшие нам свои сердца и знания. Это Владислав Васильевич Соловьев, Леонид Леонидович Орлов, Петр Михайлович Савенков.

Сейчас я вспоминаю этих людей с таким же чувством, с каким мы вспоминаем родителей. Помню разговор с Владиславом Васильевичем Соловьевым. «Как вы относитесь к научной перспективе?», – спросил меня наставник. Я ответил, что мечтаю посвятить себя науке. И тогда он сказал: «Я вас должен предупредить. Посвящая себя науке, человек меняет свой образ жизни только в ее пользу. Я вас буду рекомендовать для повышения, но только помните, что наука дает не только регалии, но и много обязанностей».

Конечно, на нашем пути были ошибки и промахи. Но годы сделали свое. Пришел опыт клинической работы, без которого наука – сирота. Для меня она всегда была важна, особенно в сочетании с повседневной профессиональной деятельностью. Дальнейшая карьера сложилась удачно – заведование кафедрой и членство в Российской академии медицинских наук. Для каждого из нас очень важно взаимопонимание в семье. Мне повезло. Моя жена акушер-гинеколог, доктор медицинских наук. Она с большим пониманием и уважением относится к моей работе и помогает мне во всем. Больше того, в последние годы, несмотря на успешность, она оставила свою работу и посвятила мне жизнь. Без ее поддержки добиться серьезных достижений было бы невозможно.

У каждого должен быть очередной рубеж, цель всегда должна нас держать в тонусе. Если ее нет, мы расслабляемся. Путь науки жертвенный и очень трудный. Но этот труд благородный и благодарный.

Беседу вел **Валентин ТАРАТОРКИН**

(Окончание. Начало на 1 стр.)

120 лет со дня рождения И.А. КАССИРСКОГО

СГОРАЯ САМ, ДРУГИМ СВЕТИ ВСЕГДА

диплом «лекаря», как тогда писали, Кассирский едет в Ташкент, где ему удается поступить ординатором в терапевтическую клинику Туркестанского университета, возглавляемую видным ученым, профессором Александром Николаевичем Крюковым.

Начало большого пути

А.Н. Крюков представитель московской школы терапевтов, основанной выдающимся отечественным клиницистом А.А. Остроумовым. Новый ординатор сразу обратил на себя внимание как вдумчивый врач, тонкий диагност, способный научный работник; круг его интересов весьма широк – гематология, инфекционная патология, эндокринология, курортология, клиническая физиология, кардиология, лабораторная диагностика. Через год была опубликована его первая научная работа.

В 1923 г. Кассирский становится ассистентом клиники и вскоре занимает лидирующее положение. Своим обаянием, образованностью, приятной внешностью Иосиф Абрамович производил большое впечатление на студентов, которые с упоением слушали его лекции, а некоторые даже работали в клинике санитарами, чтобы чаще общаться с любимым преподавателем. Одна из студенток Кассирского Э.Г. Розина стала вскоре его женой.

В 1925 г. Кассирский вместе с Крюковым отправился в заграничную командировку. В США, Рочестере и Чикаго, в Европе, Вене и Париже, они знакомились с медицинскими учреждениями, в Германии слушали лекции известных немецких ученых. Им удалось посетить Рокфеллеровский институт с онкологической лабораторией и раковым госпиталем, где проводилось хирургическое и лучевое лечение больных.

В 1930 г. он уже доцент клиники тропических болезней Ташкентского медицинского института, в 1931 г. профессор, заведующий кафедрой. Необходимо отметить разработку И.А. Кассирским метода исследования костного мозга посредством предложенной им иглы для стернальной пункции. В 1932 г. Кассирский опубликовал ряд статей на эту тему.

«Москва, я думал о тебе...»

В 1934 г. закончился среднеазиатский период жизни Иосифа Абрамовича и наступил новый – московский период научной, врачебной и педагогической деятельности. Он был приглашен научным руководителем терапевтического отделения в ведущую железнодорожную больницу им. Н.А. Семашко Наркомата путей сообщения СССР (в настоящее время Центральная клиническая больница им. Н.А. Семашко ОАО РЖД).

Сотрудники клиники, руководимой А.Н. Крюковым (1925–1926)
Второй ряд: первый слева – А.Н. Крюков, второй – И.А. Кассирский

В больнице проводились клинико-анатомические конференции, инициатором которых был выдающийся морфолог, академик И.В. Давыдовский. Сотрудники больницы знали: если Кассирский ведет конференцию, к выступлению надо готовиться почти как к защите диссертации, досконально знать проблему, о которой врач докладывает. Иосиф Абрамович не прощал верхоглядства и дилетантства. В 1935 г. Кассирский организовал при больнице курсы усовершенствования врачей-терапевтов, работающих в системе Наркомата путей сообщения СССР. В 1936 г. курсы были включены в состав Центрального института усовершенствования врачей и преобразованы в кафедру терапии, которую и возглавил профессор Кассирский. На кафедре полностью развернулся его педагогический талант; клиника терапии (а затем гематологии) становится одним из центров повышения квалификации врачей по кардиологии и гематологии, она превратилась в одно из самых авторитетных лечебных и научных учреждений страны, здесь сформировалось ядро школы Кассирского.

Доктор ввел в клинике, по его собственному выражению, обходы «без обходов». Вместо парадного многолюдного шествия во главе с профессором по палатам наиболее сложных больных Иосиф Абрамович обсуждал в аудитории в присутствии сотрудников клиники и слушателей ЦИУ. В это время демонстрировались ЭКГ, гистологические препараты крови, транслировалась непосредственно от больного звуковая симптоматика сердца. Кстати, записи сердечных звуков на грампластинки для Большой медицинской энциклопедии (2 изд.) были сделаны в клинике И.А. Кассирского, он же читает текст.

К своим 40 годам Кассирский становится в стране лидером прежде всего в гематологии. Вот небольшой пример из практики Иосифа Абрамовича. Однажды его вызвали к академику Ю.Б.Харитону – «отцу» советской атомной бомбы. Возле пациента уже находилась солидная братия именитых врачей. Профессора ждали Кассирского, чтобы он подтвердил их диагноз – болезнь крови. Иосиф Абрамович обследовал пациента, изучил данные исследований и совершенно категорично заявил «лакунарная ангина». Последовала немая сцена.

«Мне трудно объяснить состояние бесконечного счастья, которое сопровождало меня на протяжении всех лет работы с учителем. Каждое утро казалось праздником», - вспоминала Н. Андреева, ставшая под руководством Иосифа Абрамовича одним из ведущих профессоров-гематологов.

Академик, ученый-гематолог А.И. Воробьёв в воспоминаниях о Кассирском достаточно образно охарактеризовал силу влияния этого человека на учеников: одним он осветил дорогу в науку, другим передал колоссальный заряд профессионального мастерства, обучил литературному русскому языку.

В зените славы

Активная научная, врачебная, педагогическая и общественная деятельность Кассирского выдвигает его в ряды ведущих советских медиков. В 1958 г. он избран членом-корреспондентом, а в 1963 г. – академиком АМН СССР. Под руководством Кассирского защищено более 50 кандидатских и 15 докторских диссертаций, им написано 500 научных работ (из них 30 монографий). Принадлежать к школе И.А. Кассирского считалось честью, хотя это было нелегко. И.А. Кассирский отличался большой требовательностью к себе и другим, обладая огромной работоспособностью, мог позвонить сотруднику клиники домой в любое время – ночью, в выходной или праздничный день, – чтобы выяснить тот или иной вопрос, касающийся сложного больного.

Иосиф Абрамович был человеком очень отзывчивым, тепло относился к своим сотрудникам, нередко встречался с ними в домашней обстановке, сочувствовал, старался помочь, если у кого-нибудь из них случались неприятности.

К огромному сожалению, Иосиф Абрамович не смог уберечь себя. Превозмогая боль (он знал, что у него рак пищевода), из последних сил работу не бросал. И всё же наступил чёрный день, когда он решил попрощаться со своими сотрудниками. С помощью микрофона прочитал последнюю лекцию (голоса уже не было) и потом пошёл в палату осмотреть больную («я ей обещал»). Через четыре дня его не стало.

Прошли десятилетия, сменялись руководители кафедры, а традиции, заложенные Кассирским, сохранились и передаются из поколения в поколение. Многие гематологи – «внуки» и «правнуки» Иосифа Абрамовича – с гордостью считают себя его учениками.

Помимо научной и педагогической работы, у Кассирского была и другая жизнь. Он любил литературу, разбирался в живописи, у него было много друзей. Расскажем об одном из них. Как-то вечером звонок в дверь отвлёк Иосифа Абрамовича от работы. Перед ним стоял человек, лицо которого показалось Кассирскому знакомым. «Ростропович», – представился тот. Иосиф Абрамович, естественно, не раз слушал известного виолончелиста, но лицом к лицу с ним не сталкивался.

«Просьба к вам, – продолжил нежданный гость, – тяжело болен молодой талантливый скрипач Ситковский. Может, вы ему поможете…» Кассирский мгновенно переоделся и поехал к больному. К сожалению, помочь ему он ничем уже не смог – лейкемия оказалась слишком запущенной.

Этот грустный эпизод послужил началом дружбы великого врача с великим музыкантом. Не раз Ростропович привозил Кассирского к своим близким, нуждающимся в квалифицированной врачебной помощи. Приходилось навещать и гонимого властью Солженицына. А когда самому Кассирскому становилось совсем плохо, Ростропович привозил к нему врачей.

Но не только истории с минорным оттенком связали этих двух неординарных личностей. У них оказалось много общего. В доме Кассирского часто вечерами музицировали.

Нередко в этих вечерах участвовал и Мстислав Ростропович. Между прочим, один из завсегдатаев этих вечеров, известный в середине прошлого столетия пианист и композитор Оскар Строк посвятил хозяину дома своё танго «Фантазия».

Накануне 60-летнего юбилея Иосифа Абрамовича состоялся концерт, которому мог позавидовать серьёзный театр. Помимо Ростроповича выступали Галина Вишневская, Майя Плисецкая, пианист Эмиль Гилельс. Под занавес неожиданно на сцену вышли сам юбиляр со своей флейтой, Ростропович с виолончелью и великий Гилельс. Выступление этого трио вызвало бурю оваций!

У Кассирских была ещё одна традиция – специальная скатерть, на которой мелом расписывались именитые гости. Она сохранила более 60 подписей. Свои фамилии оставили Ирина Антонова, Ираклий Андроников, Галина Волчек, Давид Ойстрах, Арам Хачатурян... Нарушил эту традицию лишь Солженицын. Будучи в опале, он боялся, что, обозначив своё присутствие, навлечёт на хозяев неприятности.

Иосиф Абрамович не только много читал, но и писал очерки и рассказы. Профессионально владея пером, он вспоминал об интересных людях, с которыми сталкивала его жизнь, оставляя потомству память о них. Можно только удивляться, как на это у него хватало сил и времени. Последний очерк был посвящён Валентину Войно-Ясенецкому. С ним Кассирский работал в Ташкенте на заре своей научной карьеры и считал его ярчайшей фигурой, блестящим хирургом, удивительным человеком. «Мой друг и пациент» еще одна литературная работа Кассирского о Самуиле Маршаке. Как и с Ростроповичем, первая встреча положила начало их большой дружбе. Помимо своих прямых обязанностей (Кассирский стал лечащим врачом писателя), он любил слушать рассказы Маршака – человека энциклопедических знаний.

Как вспоминал Кассирский, никто не представлял, насколько нелегко давалась Самуилу Яковлевичу каждая строчка, каким мученическим, подвижническим, буквально каторжным трудом была эта работа для тяжело больного человека. Иосиф Абрамович назвал это истинным героизмом.

Самого Кассирского не стало в 72 года. С ним прощались в здании президиума Академии медицинских наук. Перед выносом тела Ростропович попросил оставить его наедине с усопшим. В пустом зале подле него великий музыкант своей музыкой прощался с другом.

На Новодевичьем кладбище, где хоронили врача и учёного, стоял воинский караул и при погребении раздался оружейный салют, вслед за которым прозвучал гимн страны.

В статье использованы материалы Марины МЕЛКОНЯН, Дмитрия ВОЛОДАРСКОГО и Сергея ЦАРЕГОРОДЦЕВА

АМБУЛАТОРНЫЙ МАНИФЕСТ

Если театр начинается с вешалки, то система здравоохранения – с первичного звена. Мировой опыт свидетельствует: около 70% медицинской помощи оказывается именно на амбулаторном этапе, а к стационарному лечению прибегают в тех случаях, когда это необходимо. Так, в рамках оптимизации здравоохранения, проводимой на протяжении последних нескольких лет, один их акцентов был сделан на сокращение больничной и одновременно расширении поликлинической сети. Однако практика показала, что для эффективного функционирования амбулаторного сектора необходима соответствующая подготовка медиков.

К сожалению, профессиональная подготовка докторов в нашей стране оставляет желать лучшего. Что делать? Проводить дополнительное обучение проблематично из-за большой загруженности поликлинических врачей. К тому же последипломное медицинское образование направлено на тезисное изучение клинических рекомендаций и стандартов. Клиническая база, так называемые осмотры, обсуждения больных, профессорские обходы, клинико-анатомические разборы не включаются в основную программу циклов.

Возникает вопрос: как можно научить амбулаторного врача? С моей точки зрения, может быть несколько подходов:

1. Создание на базе поликлиник университетских клиник. Это в значительной степени разовьет клиническое мышление докторов, восполнит дефицит врачебных кадров, улучшить, доступность медпомощи. Университетская клиника в поликлинике – единственная модель непрерывного профессионального роста врачей без отрыва от непосредственной работы.

2. Основная образовательная нагрузка должна быть сделана на изучение социально значимых заболеваний, приводящих к инвалидизации и смерти. Среди них: болезни сердца и сосудов, хроническая обструктивная болезнь лёгких, сахарный диабет, онкологические заболевания, болезни опорно-двигательного аппарата. Нельзя не отметить социально детерминированные болезни, с которыми обращаются ВИЧ-инфицированные, мигранты, наркоманы и алкоголики. Это отдельные группы пациентов с характерными заболеваниями, алгоритмами диагностики и лечения которых должны владеть специалисты первичного звена.

3. Ротация врачей поликлиники и стационара, принцип, провозглашенный Г.Ф. Лангом, согласно которому амбулаторные врачи должны дважды в год работать в клинике, участвовать в утренних обходах в реанимации, где реконструируется модель поликлинического приёма. Эта практика существует у нас в клинике много лет. Мы пытаемся за 12–15 минут показать, как можно выбрать главное, правильно сформулировать диагноз, в том числе и клинико-анатомический. Затем – утренние клинические конференции, участие в аутопсиях, обходах, разборах больных и пр.

4. Практика патологоанатомических разборов. У нас огромное количество врачей, среди них и кандидаты, и доктора медицинских наук. Кому верить, как найти истину? В нашей профессии «мёртвые учат живых». Именно «результаты вскрытия» показывают: кто ты? На каком уровне профессионального развития находишься? Чему следует уделить наибольшее внимание в процессе самоподготовки?

5. Аккредитация медицинских работников. На смену привычным образовательным циклам, проводимым раз в 5 лет, пришла балльная система, учитывающая самые разные аспекты оценки последипломного образования – от конкретных результатов ведения пациента до посещения доктором всевозможных отраслевых образовательных мероприятий. Тренд нынешнего здравоохранения – профилактика и предупреждение болезней. Поэтому основной задачей медицинского образования на современном этапе является овладение искусством амбулаторного приёма. Предварительный диагноз врач поликлиники должен ставить, как говорится, с порога: молодой пациент или пожилой, полный или худой, мужчина или женщина и т.д. Каждой группе в той или иной степени свойственна своя патология. Как следствие – свой алгоритм. Мы на основании причин летальных исходов (по данным аутопсии) за многие годы более чем у тысячи больных составили «рейтинг» заболеваний и основных причин смерти в зависимости от пола и возраста. Врач должен иметь под рукой не только такой «рейтинг», но и алгоритмы опроса больного, основные диагностические и лечебные приемы.

6. Диагностический круг – ещё один инструмент, некая иллюстративная форма. Его составляющие: то, что мы видим, когда пациент вошел в кабинет. Возраст, пол, конституция, социальный фактор диктуют и «отсекают» определённые болезни. Необходимые анализы и исследования. Мы определили 7 простых анализов (общий анализ крови и мочи, креатинин, билирубин, ЛПНП, глюкоза крови и гликированный гемоглобин), ЭКГ и рентгеноскопия органов грудной клетки. Ничего сверхъестественного, главное – их нужно назначать на первичном осмотре всем пациентам. В итоге, появляется набор показателей, жалоб, симптомов, которые могут быть при определённых заболеваниях. Их врач видит и использует алгоритмы диагностики и лечения той или иной патологии.

7. Учебные пособия: «Маршруты образования», ориентированные на терапевта поликлиники. Это целая серия образовательных материалов, в том числе: «Как посмотреть больного за 12 минут и быстро, задавая конкретные короткие вопросы, без каких-либо исследований поставить диагноз»; «Основные синдромы и симптомы»; «Оптимизация амбулаторного приёма» с акцентами на правильность формулировки диагноза, написания эпикризов и др. Следующая серия маршрутов – «Пропедевтика внутренних болезней» и завершающая «Маршруты» шкалы с оценками рисков, мониторирование которых является, пожалуй, единственным объективным критерием эффективности амбулаторного приема. Все маршруты доступны как в бумажном, так и в электронном виде, бесплатно раздаются участникам сессий «Амбулаторный приём», а также находятся на сайте ambulatory-doctor.ru в соответствующем разделе.

8. Библиотека амбулаторного терапевта. Врачи старшего поколения хорошо помнят популярную и востребованную серию «Библиотека практического врача». Нечто подобное мы создаем для поликлинического терапевта. У нас в библиотеке 20 книг и ежегодно к ним прибавляются пять.

9. Вебинары. Говорить о значении этой формы нет необходимости. Оригинальность наших вебинаров определяется названием: «Диалог терапевта и патологоанатома». Этим мы пытаемся не только реанимировать отсутствие клинико-анатомических разборов умерших «вне стационара», но и максимально объективизировать образовательный процесс.

10. ВиП: Врач и Пациент. Так называется наш образовательный проект, который рассматривает не только правила взаимоотношения главных действующих лиц амбулаторного приема, но и повествует об ответственном самолечении, неотложных состояниях, профилактике заболеваний, правилах хранения лекарственных препаратов, акцентируется внимание на побочных действиях лекарств, их совместимости и др.

11. Диспансеризация. Другая, не менее важная тема. Как добиться всеобщей диспансеризации? Бегать по улицам, равно как ходить по домам, уговаривать и тащить людей в поликлинику никто не будет. Чтобы была массовая диспансеризация, необходимо привлекать к обследованию всех, кто зашел в поликлинику – за справкой, за больничным, да хоть дверью ошибся! В этой связи приведу пример: в нашей клинике было обследовано около 100 пациентов, поступивших с острым аллергозом. У многих это были рецидивы крапивницы, отёка Квинке, они неоднократно по этому поводу обращались в поликлинику. Однако осмотры локализовались только проявлениями аллергии. В стационаре у четырех были выявлены злокачественные новообразования, у шестерых – сахарный диабет 2-го типа, у одного – бронхиальная астма, многие имели артериальную гипертонию и никак её не корригировали. Словом, «не было бы счастья, да несчастье помогло». В поликлинике любое обращение за медицинской помощью, в том числе случайное, – за санаторно-курортной картой, выпиской рецептов, больничным листом по поводу ОРВИ – должны сопровождаться скринингом социально значимых заболеваний.

12. Клинические рекомендации для терапевтов поликлиник. Первые шаги в этом направлении Обществом «Амбулаторный врач» уже сделаны. Совместно с ведущими экспертами подготовлены Консенсусы по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий терапевтами и врачами общей практики (ВОП) на амбулаторном этапе, «Пациент с диабетической нейропатией на приеме у терапевта» и «Ведение пациентов с болью в спине на амбулаторном этапе». В отличие от известных на эту тему клинических рекомендаций, Консенсус содержит только сжатые сведения, необходимые для постановки диагноза, назначения терапии и показания к консультации специалистов. После обсуждения и внесения правок, поступивших от главных специалистов краев и областей, а также от терапевтов поликлиник, Консенсусы утверждаются профильными Обществами и Национальным конгрессом терапевтов.

13. «Но вот глаза – они уходят навсегда, как некий мир, который так и не открыли, как некий Рим, который так и не отрыли, и не отрыть уже, и в этом вся беда». Эти слова Юрия Левитанского убедительно характеризуют еще одну важнейшую составляющую медицины. Память о терапевтах прошлых лет. Документальные подтверждения их жизни и врачевания – отдельная наука. Такого сейчас не встретишь. На каком-то этапе своего развития нынешнее поколение врачей забыли о своих великих предшественниках, профессия теряет благородство и интеллигентность. Вместе с тем общеизвестно, что испокон веков в нашей стране врач наряду с квалификацией обладал глубокой культурой и общей эрудицией.

У меня не возникает сомнений в том, что любое образовательное мероприятие – это школа. Именно в этой связи 4 года назад был создан научно-образовательный проект «Амбулаторный приём», ориентированный главным образом на специалистов первичного звена: терапевтов поликлиник и врачей общей практики. Годом спустя было создано Общество «Амбулаторный врач», под эгидой которого проходят сессии «Амбулаторный приём» (5 раз в Москве и свыше 20 раз в других городах РФ ежегодно), семинары «ВиП: Врач и Пациент», транслируются вебинары, посвящённые той или иной социально значимой патологии. Необходимо понимать, что эпоха лекций прошла. Изложение синтетических знаний на протяжении шести часов мало кого удержит в аудитории или у экрана. В наших мероприятиях участвуют ведущие эксперты страны по самым разным клиническим направлениям, выступления которых лежат в «амбулаторной плоскости».

Эффективно ли это? Мы создали анонимное голосование и собрали отзывы относительно пользы наших мероприятий. Мне неудобно хвалить себя и своих сотрудников, однако должен заметить, что ни одного негативного отзыва мы не получили. Тысячи благодарных писем. Более того, в случае повторного проведения сессии в том или ином городе до 40% слушателей – те, кто был в прошлый раз. Это колоссальная цифра. Народ голосует ногами. Для нас это наивысшая награда.

И ещё. Реформы здравоохранения в нашей стране последних лет не ругает только ленивый. К сожалению, не все врачи оказались готовы к переменам. Однако я глубоко убеждён, что «амбулаторный» вектор отраслевого развития обречён на успех. В стационарах подчас находятся больные, которых можно лечить амбулаторно. Отныне терапевты – не диспетчеры, а ключевое звено в системе. Мы пришли к тому, что врач первичного звена должен самостоятельно справляться с большинством обращений пациентов за медпомощью. Именно поэтому их нужно учить в срочном порядке, чем мы и занимаемся. Весьма эффективно, как мне кажется.

А.Л.ВЕРТКИН,
директор терапевтической клиники,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
руководитель РОО «Амбулаторный врач»,
профессор, заслуженный деятель науки РФ

БУДУЩЕЕ НАЧИНАЕТСЯ СЕГОДНЯ

В этом году в здании Правительства Москвы прошли II форум «Мультидисциплинарный больной» и II Всероссийская конференция молодых терапевтов. Организаторы мероприятия – Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ), Министерство здравоохранения РФ, Комитет по социальной политике Совета Федерации, Общество врачей России, Российская академия наук, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, РОО «Амбулаторный врач», при участии Международного общества внутренней медицины, Европейской Федерации внутренней медицины (EFIM) и Евразийской ассоциации терапевтов.

На форум и конференцию зарегистрировалось 944 участника из 37 регионов Российской Федерации, в том числе Краснодарского, Красноярского и Ставропольского краев, Ингушетии, Кабардино-Балкарии, Крыма, Татарстана, Удмуртии, Чувашии и Ханты-Мансийского автономного округа, Белгородской, Брянской, Владимирской, Волгоградской, Ивановской, Иркутской, Калининградской, Калужской, Курской, Липецкой, Московской, Нижегородской, Новгородской, Новосибирской, Омской, Пензенской, Ростовской, Рязанской, Саратовской, Смоленской, Тамбовской, Тульской, Тюменской, Челябинской и Ярославской областей, Москвы и Санкт-Петербурга, а также Армении, Киргизии, Узбекистана. Почетной гостьей конференции стала соруководитель секции молодых интернистов EFIM Э. Бискуп (Швейцария).

Открыл встречу президент РНМОТ, академик РАН А.И. Мартынов. Программу пленарного заседания составили доклады: «Современный этап развития учения о ко- и полиморбидности» (А.И. Мартынов), «Идеи И.И. Мечникова и новая парадигма заболеваний человека» (Л.Б. Лазебник) и «Проблема резистентной артериальной гипертензии. Стратегия и тактика терапевта» (С.С. Якушин).

Работа проходила одновременно в 5 залах и включала, помимо пленарного заседания, ассамблею молодых терапевтов, интерактивный семинар и интерактивную сессию, конкурсы на лучшую научную работу и лучший клинический случай, 2 встречи с экспертами, образовательную викторину «Своя игра», клинико-анатомическую конференцию, 8 мастер-классов, 12 лекций, 23 научных и 3 сателлитных симпозиума. Всего прозвучало 153 доклада и сообщения.

Основные направления научной программы: современные возможности диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, различные аспекты работы врачей амбулаторного звена, юридические аспекты работы врачей-терапевтов, вопросы выбора рационального ведения больных, подготовка диссертаций и научных статей, ко- и полиморбидная патология, патология эндокринной системы, центральной нервной системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и печени, заболевания соединительной ткани, вегетативная дисфункция, диспансерное наблюдение за терапевтическими больными.

Особое внимание было уделено обучению и отработке практических навыков с использованием симуляционных технологий по эхокардиографии, экспресс УЗИ-диагностике, базовой сердечно-легочной реанимации, анализу ЭКГ. Большой интерес вызвала образовательная викторина «Своя игра».

В ходе ассамблеи было заслушано сообщение о работе секции молодых терапевтов РНМОТ, обсуждены возможные направления совместной работы. Председателем секции избрана Е.Н. Белоусова (Казань), секретарем – Е.А. Кочмарева (Москва).

На специальные конкурсы были поданы 22 клинических случая и 30 научных работ, из которых для устного представления конкурсной комиссией отобраны по 8 случаев и работ. Победительницей конкурса на лучший клинический случай стала ординатор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского К.Н. Цатурова, представившая случай первичного гиперпаратиреоза, дебютировавшего клиникой острого почечного повреждения. Второе место разделили ординатор кафедры госпитальной терапии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова Н.Д. Лапочкина с работой «Современные подходы к ведению больных с тромбозом протезов клапанов сердца у беременных на примере клинического случая» и ординатор НМИЦ кардиологии А.М. Зыкова за клинический случай пациентки с высокой легочной гипертензией и тромбозом легочной артерии. Третье место заняла ординатор кафедры внутренних болезней № 3 Ростовского ГМУ О.С. Шлык за случай «Дифференциальная диагностика синдрома тиреотоксикоза в послеродовом периоде». В конкурсе на лучшую научную работу победила аспирант кафедры факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова РНИМУ им. Н.И. Пирогова В.С. Шеменкова с работой «Роль тромбофилий в ведении пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией». Награда за второе место была вручена ассистенту кафедры факультетской и госпитальной терапии Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова Ю.В. Цыгановой, за работу «Сравнительная оценка эластометрических показателей жесткости печени у больных неалкогольной жировой болезнью печени и при алкогольном поражении печени». Третье место разделили работы научного сотрудника МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова Е.А. Ждановой «Значение эхокардиографии с тканевой допплерометрией для диагностики и оценки прогноза у больных с амилоидозом сердца» и старшего преподавателя кафедры морфологии человека Новгородского государственного университета им. Я. Мудрого Е.Е. Румянцева (Великий Новгород) «Влияние экспериментальной хронической ваготонической активации на внеклеточный матрикс миокарда и брюшного отдела аорты: структурные предпосылки изменения сердечно-сосудистого сопряжения». Всем участникам конкурсов были вручены сертификаты, а призеры также получили ценные призы и подарки. Победители конкурсов в качестве главного приза стали обладателями грантов Российского научного медицинского общества терапевтов на участие в 17-м Европейском конгрессе по внутренней медицине, который прошел с 30 августа по 1 сентября 2018 г. в Висбадене (Германия).

Обладателями грантов на участие в конференции РНМОТ стали А.В. Гук (Десногорск), Г.Р. Долишняя (Саратов), А.С. Ильина и И.В. Полякова (Нижний Новгород).

В сборник научных трудов форума и конференции вошли 116 тезисов.

Программу мероприятия дополнила выставка производителей лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования, на которой были представлены 12 фармацевтических компаний и 24 средства профессиональной информации и коммуникации.

Зарегистрированные участники, успешно прошедшие тестирование по программе, получили свидетельства Министерства здравоохранения РФ о прохождении обучения в рамках реализации новой модели непрерывного медицинского образования в размере 12 зачетных единиц (баллов).

Президиум РНМОТ выражает благодарность всем коллегам и партнерам, принявшим участие в организации, подготовке и проведении II форума «Мультидисциплинарный больной» и II Всероссийской конференции молодых терапевтов.

В.А. КОКОРИН,
ученый секретарь РНМОТ,
доцент

ТЕРАПЕВТЫ, ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИ И ЭНДОСКОПИСТЫ РАЗРАБАТЫВАЮТ МЕРЫ ПО УСИЛЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

По очень приблизительным европейским данным до 30 млн. человек ежедневно самостоятельно принимают какой-либо нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) , более 20% пожилых людей принимают эти препараты регулярно, а количество ежегодно выписанных рецептов достигает 500 млн.

В то же время известно, что НПВП, также как и препараты, направленные на снижение свертываемости крови, обладают опасными «побочными» эффектами, в частности, повреждающим действием на слизистую оболочку пищеварительного тракта. Известно, что на фоне приема НПВП риск повреждения органов пищеварения составляет до 2,78, у пожилых больных становится еще большим – до 5,52, а при одновременном приеме антитромботических препаратов (АТП) резко возрастает - до 12,7.

С учетом высокой актуальности проблемы в декабре 2016 г. в г.Дубай (ОАЭ) состоялось совещание инициативной международной экспертной группы в составе:

R.Hunt (Канада), Yu.Marakhovski (Белоруссия), M.Manuc (Румыния), G.N. Ramesh (Индия) и т.д. (всего 9 стран).Россия была представлена делегаций Научного общества гастроэнтерологов во главе с вице-президентом РНМОТ, проф. Л.Б. Лазебником.

По результатам совещания был принят документ, рекомендованный к использованию в медицинских сообществах стран-участниц с правом модификации его с учетом национальных особенностей "International COnsensus on Guiding Recommendations for Management of Patients with Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID's) Induced Gastropathy [ICON-G]", который принят к публикации в Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology, 2018; (JPJ356130218JHG).

На основе этого документа Научное общество гастроэнтерологов России (НОГР) совместно с Российским научным медицинским общество терапевтов (РНМОТ) разработали и приняли российские «Рекомендации по профИлаКтике и лечению гастрОпатий, иНдуцированных Нестероидными ПротивоВоспалительными Препаратами [ИКОН-НПВП]» на XVII съезде НОГР (15 мая 2017 г., Санкт-Петербург) и XII Национальном конгрессе терапевтов (23 ноября 2017 г., г.Москва) («Терапия», 2018, №2, «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», 2018, № 3, www.nogr.org).

Положения «Рекомендаций...»

1. Длительное применение НПВП повышает риск развития эзофаго-гастро-энтеро-колопатии.

2. Все лекарственные формы НПВП, независимо от способа введения препарата, могут повышать риск развития НПВП-индуцированной эзофаго-гастро-энтеро-колопатии.

3. К наиболее распространенным немодифицируемым факторам риска развития НПВП-гастроэнтеропатии относятся возраст (дети или лица старше 60 лет, более склонные к колопатиям), пептическая язва и связанные с ней осложнения и желудочно-кишечные кровотечения любого генеза в анамнезе.

4. К модифицируемым факторам риска НПВП-гастроэнтеропатии относится одновременный прием ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и/или других НПВП с системными кортикостероидами, а также антитромботическими препаратами (антиагрегантами и антикоагулянтами) или селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС).

5. Инфекция H. Pylori достоверно повышает риск развития НПВП-индуцированной гастроэнтеропатии.

6. Следует назначать НПВП только в тех случаях, когда это абсолютно необходимо.

Врачам, принявшим решение о назначении больному НПВП, предварительно до назначения данных препаратов следует тщательно проанализировать все факторы риска развития эзофаго-гастро-энтеро-колопатии, имеющиеся у конкретного пациента.

7. Врачам общей практики, участковым терапевтам, врачам других специальностей с целью раннего выявления желудочно-кишечного кровотечения и/или других побочных эффектов со стороны ЖКТ, следует осуществлять регулярный персонифицированный мониторинг пациентов, длительно принимающих НПВП (с обязательным учетом различных факторов риска, характера сопутствующих заболеваний, синхронно назначаемых лекарственных препаратов).

8. Врач обязан предупредить пациента о недопустимости самостоятельного курсового приема НПВП и необходимости регулярного медицинского наблюдения, особенно для лиц, принимающих НПВП в течение долгого времени и/или в высоких дозах.

9. Клиническими признаками НПВП-эзофагопатии являются жжение в пищеводе, боль и затруднения при глотании, НПВП-гастропатии – диспептические расстройства (тошнота, рвота, метеоризм, нарушения стула) и абдоминальный болевой синдром.

Основными клиническими проявлениями НПВП-энтероколопатии являются железодефицитная анемия, гипопротеинемия и гипоальбуминемия, связанная с экссудацией белка (мальабсорбция), наличие измененной крови в кале при отсутствии поражения верхних отделов ЖКТ.

Иногда эта патология может дебютировать осложнениями: перфорацией тонкой кишки, профузным кишечным кровотечением или тонкокишечной непроходимостью, связанной с формированием постязвенных стриктур.

Нередко отсутствует всякая симптоматика, кроме анемии и слабости, т.к. сами по себе НПВП обладают противоболевым эффектом.

10. Для ранней диагностики НПВП-индуцированной гастроэнтеропатии врачу следует использовать тщательный сбор анамнеза и лабораторно-инструментальные исследования.

11. Терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП) является наиболее эффективным методом профилактики развития НПВП-индуцированной гастропатии. В качестве альтернативы можно использовать блокаторы H2-гистаминовых рецепторов или продуценты простагландина E2.

12. Все имеющиеся ИПП в рекомендованной в инструкциях дозировке обладают одинаковой эффективностью в отношении снижения риска развития НПВП-гастропатии. ИПП, имеющие дополнительные внепеченочные пути метаболизма (рабепразол).

13. Врачам следует рассматривать необходимость профилактического применения ИПП в течение всего времени приема НПВП.

14. Средствами базовой лекарственной профилактики и лечения НПВП-ассоциированных повреждений слизистой ЖКТ являются ИПП, однако могут применяться также другие препараты, обладающие защитным действием на слизистую ЖКТ (H2-гистаминоблокаторы, ребамипид).

Ребамипид является средством выбора при НПВП-индуцированной энтеро- или колопатии.

15. а) Комбинированные фиксированные дозы (КФД) НПВП и гастропротективных средств (ГПС) в настоящее время не могут быть широко рекомендованы для длительного применения у пациентов с НПВП-гастроэнтеропатией:

б) Селективные ингибиторы ЦОГ2 обладают меньшей повреждающей способностью на слизистую ЖКТ, нежели ЦОГ2 селективные НПВП.

Дальнейшая разработка проблемы лекарственных эзофаго-гастро-энтеро-колопатий поставила нас перед необходимостью создания унифицирующего инструмента, которым явилась предлагаемая «Московская систематизирующая Классификация Мультифокальных Повреждений пищеварительного тракта нестероидными противовоспалительными и антитромботическими препаратами [МКМП]»

Предназначение МКМП – констатация состояния слизистой пищеварительного канала на всем его протяжении от пищевода до прямой кишки по результатам визуального эндоскопического исследования различными методами с последующим кодированием полученных результатов в виде буквенно-цифровых символов.

Использованы информационные ресурсы – PubMed, Cochrane Library, MDConsult, DynaMed, Google Scholar, система поиска TRIP Database, собственный опыт.

Контингент пользователей – врачи терапевтического и хирургического профилей, эндоскописты и реаниматологи.

Целевая группа – больные с различными нозологическими формами, получающие НПВП или/и АТП, имеющие жалобы со стороны органов пищеварения, анемизацию и/или наличие крови в стуле (см. выше «Рекомендации...»), а также при подозрении на наличие геморрагических осложнений со стороны пищеварительного тракта (напр., при лекарственных геморрагиях иной локализации).

Практическая значимость – возможность принятия объективного тактического и стратегического решения по индивидуальному ведению больного.

ОСНОВНАЯ ШКАЛА МКМП

Буквенная символика используется для обозначения отделов пищеварительного канала (шрифт – латинский, курсив, прописной, жирный):

• E (esophagus – пищевод)
• G (gaster – желудок)
• D (duodenum – двенадцатиперстная кишка)
• I (intestine – тонкая кишка) • C (colon – толстая кишка)

Эндоскопически обнаруженный очаг повреждения шифруется цифровой символикой (римские цифры, нежирный шрифт):

0 – отсутствие всяких изменений, нет признаков кровотечения, здоровая слизистая.

I – неэрозивные изменения («reddned lesions»).

Определяется гиперемия слизистой, очаговые и диффузные геморрагические изменения, множественные очаги ангиодисплазии ярко-вишневого цвета неправильно-округлой и неправильно-овальной формы, не возвышающиеся над окружающей слизистой размером 2–5 мм, при инструментальной пальпации бледнеют. Подтеканий свежей крови не выявляется. В узкоспектральном режиме (NBI-, FICE, i-scan) определяются либо расширенные неизвитые сосуды, либо мелкоточечные подслизистые кровоизлияния (геморрагии) в виде мелких красных пятен диаметром до 1 см.

II – эрозии, острые язвы, хронические язвы единичные и множественные.

III – кровоточащие опухоли и полипы: доброкачественные или злокачественные.

Обследование данного отдела пищеварительного канала не проведено.

Наличие или отсутствие кровотечения из очага повреждения шифруется латинскими буквами (шрифт - латинский, прямой, строчной, нежирный)

a – продолжающееся;
b – перенесенное.

Примеры формул общей шкалы МКМП:

• E0G0D0I0C0 – здоровая слизистая на всем протяжении пищеварительного канала;
• E0G0DII?CIIIb – в пищеводе и желудке нет изменений, в 12-типерстной кишке обнаружены неэрозивные изменения, тонкая кишка не обследована, в толстой кишке выявлена опухоль с признаками перенесенного кровотечения;
• E0GIIbDII?C0 – в пищеводе и толстой кишке нет изменений, в желудке выявлены эрозивно-язвенные изменения с признаками перенесенного кровотечения, в двенадцатиперстной кишке неэрозивные изменения (reddned lesions), тонкая кишка не обследована.

Для стратификации рисков основная шкала МКМП является базисной.

Для решения вопроса о тактике принятия решения по каждому конкретному больному (особенно в условиях необходимости комбинированного лечения при полиморбидности) дополнительно к ней следует использовать известные в международной практике расчетные шкалы: объема кровопотери (напр., Rockall), риска повторного кровотечения (напр., HAS-BLED) или тромбоза (напр., CHA2DS2VASc) (см. «Терапия», 2018, № 3, «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология». 2018, № 2).

Л.Б. ЛАЗЕБНИК,
вице-президент РНМОТ, проф.,
Г.В. БЕЛОВА,
д.м.н., проф.
Многопрофильный медицинский центр ЦБ РФ

Двойная Слаженная Работа
для защиты желудка и пищевода[1,2]

- 2 надежных препарата в 1 капсуле[2]
- Хорошая переносимость и безопасность[2,3]
- Прием 1 раз в сутки[1]

ОМЕЗ® ДСР

омепразол (ОМЕЗ) 20 мг +
домперидон модифицированного высвобождения (ДСР) 30 мг[1]

ОМЕЗ контролирует секрецию соляной кислоты[1]

ДСР усиливает моторику желудка[1]

1. Инструкция по медицинскому применению препарата модифицированного высвобождения Омез® ДСР РУ ЛП-003998, дата регистрации: 06.12.2016.
2. Marakhouski KY, Karaseva GA, Ulasivich DN, Marakhouski Y Kh. Omeprazole-Domperidone Fixed Dose Combination vs Omeprazole Monotherapy: A Phase 4, Open-Label, Comparative, Parallel Randomized Controlled Study in Mild to Moderate Gastroesophageal Reflux Disease Clinical Medicine Insights: Gastroenterology. 2017;10:1–8. DOI: 10.1177/1179552217709456.
3. Biewenga J. et al. Absence of QTc Prolongation with Domperidone: A Randomized, Double-Blind, Placebo- and Positive-Controlled Thorough QT/QTc Study in Healthy Volunteers. Clinical Pharmacology in Drug Development 2015, 4(1) 41–48.

Dr.Reddy's

Вниманию работников здравоохранения
ООО «Др. Редди'с Лабораторис»: 115035, Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1
Телефон: +7 495 783 29 01. Website: www.drreddys.ru. E-mail: inforus@drreddys.com

РЕКЛАМА

РАБЕПРАЗОЛ

РАЗО®

Удобный прием 1 раз в день независимо от времени и приема пищи.*

Низкий риск лекарственного взаимодействия.

30 таблеток в упаковке по доступной цене.[1]

ИПП – ингибитор протонной помпы.

ООО «Др. Редди'с Лабораторис»,
Россия, 115035, г. Москва,
Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1
Тел./факс: +7 (495) 783-29-01
Сайт компании: www.drreddys.ru

Рег. №ЛП-002666 от 26.01.2017

Для внимания работников здравоохранения. Для конференций. Реклама.

ДОСТАТОЧНО ОДНОГО **РАЗО®** *

* Прием 1 раз в день независимо от времени и приема пищи для терапии ГЭРБ, НЭРБ, ЯБЖ и ДК неассоциированных с *Helicobacter pylori*.
1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата для медицинского применения РАЗО®.
2. По данным ООО «Ай Эм Эс Хелс» в натуральном выражении, в сегменте розничных продаж на территории РФ за период 1 квартал 2018 года.

ЛЕЧИМСЯ ГРАМОТНО

Сегодня никто не ставит под сомнение необходимость компьютерной, финансовой или правовой грамотности, потому что без базовых знаний в этих областях сложно выжить в современном обществе. При этом мало кто знает даже основные правила применения лекарственных средств, хотя на протяжении жизни каждый из нас сталкивается с необходимостью приема множества разных препаратов для себя и своих близких. В целях преодоления этого информационного разрыва и повышения медицинской грамотности населения и был учрежден международный День ответственного самолечения (ОСЛ), который впервые прошел в России.

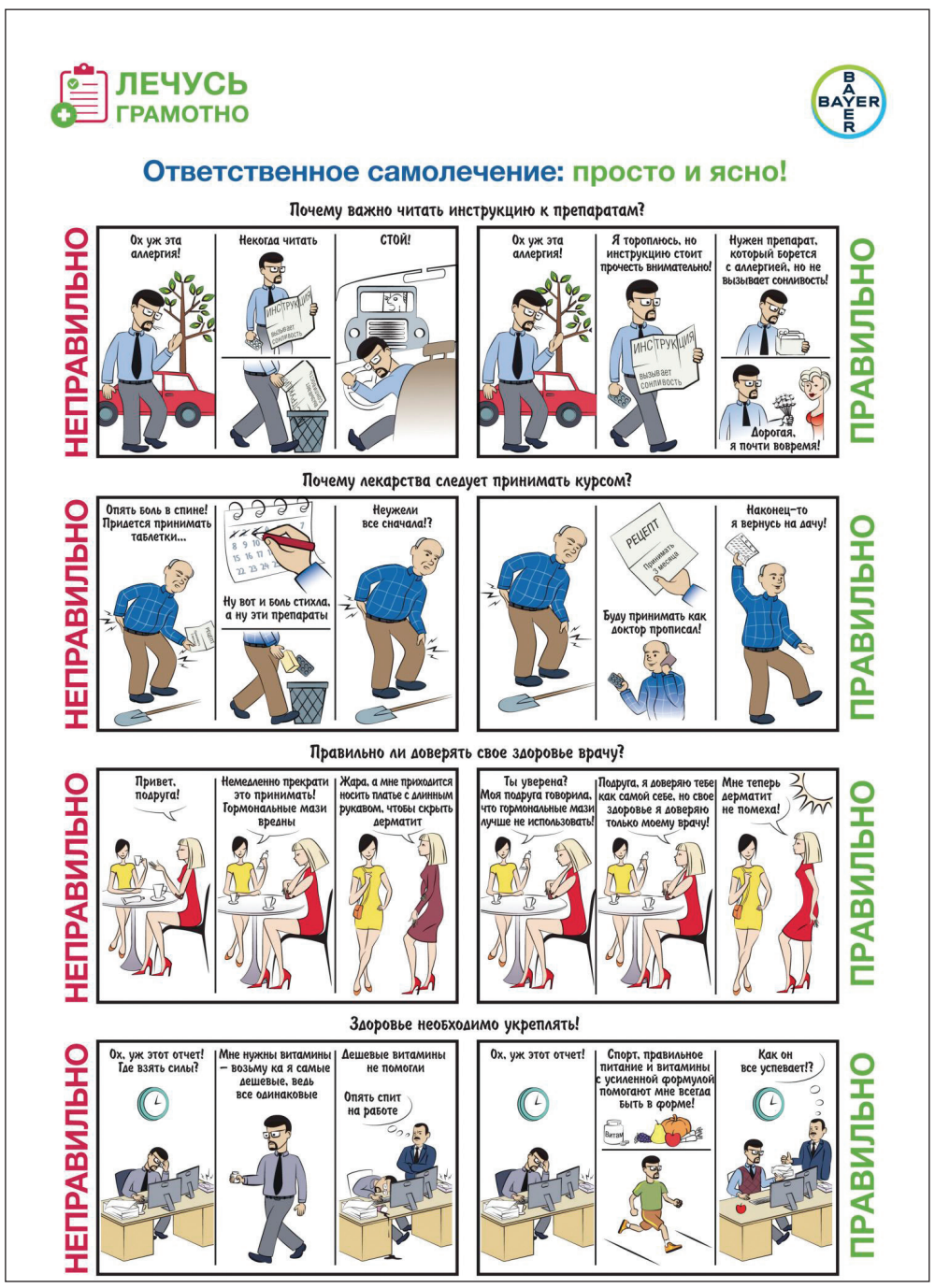
Основная цель этого мероприятия – популяризация здорового образа жизни и демонстрация возможностей ответственного самолечения для системы здравоохранения. В России никогда не проводилось экономических расчетов, связанных с применением такого подхода, но анализ международного опыта демонстрирует, что внедрение данной системы позволяет экономить до 5% государственного бюджета на здравоохранение. В частности, исследования показали, о внедрение отдельных элементов концепции ответственного самолечения способствует высвобождению до 7% врачей общей практики с полной занятостью, что позволяет ежегодно экономить до 260 млн долл. Таким образом, преимущества системы ОСЛ заключаются в облегчении финансовых затрат государства на здравоохранение, а также в снижении нагрузки на специалистов, способных решать более сложные медицинские задачи.

Наряду с экономическим эффектом не менее значимо общее положительное воздействие ответственного самолечения на предупреждение заболеваний и эффективную борьбу с ними. Во многом такой результат достигается за счет того, что население более ответственно относится к своему здоровью и четче следует рекомендациям врачей.

Кампания «Байер» инициировала свой просветительский проект «Лечусь грамотно», в котором в доступной форме даны ответы на самые распространенные вопросы по самостоятельному применению безрецептурных лекарственных средств в случае легких недомоганий. Компания направлена на рост медицинской грамотности россиян, что в дальнейшем позволит улучшить качество жизни населения и повысить эффективность лечения.

«Классическая модель здравоохранения, основанная на пассивной роли пациента, постепенно теряет свои позиции и уступает место новой, при которой сотрудничество врача и пациента – необходимое условие предупреждения заболеваний и эффективного лечения. Однако стоит отметить, что подобное взаимодействие может быть успешным только при условии надлежащего уровня медицинской грамотности населения и наличия мотивации в части сохранения здоровья и приверженности правильному лечению. Принцип активной вовлеченности пациента в процесс лечения подразумевает, что человек должен иметь доступ к всесторонней информации о своем заболевании. Это значит, что даже люди, далекие от медицины, должны обладать хотя бы базовыми знаниями в области правильного приема лекарственных средств», – говорит глава дивизиона Консьюмер Хелс компании Байер Ирина Викторовна Успенская.

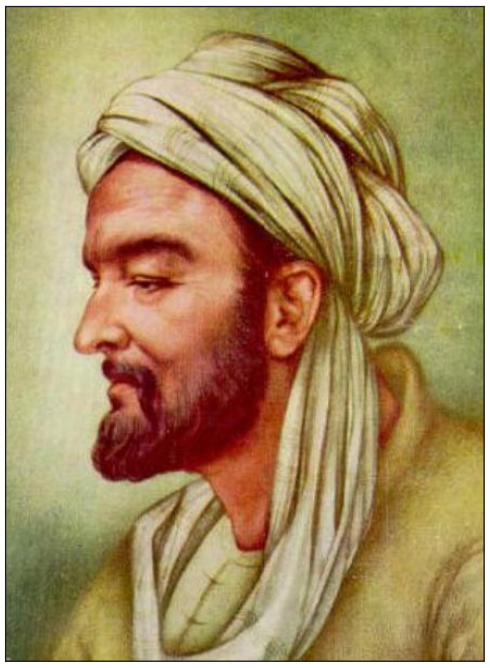
«Основа модели ответственного самолечения – это информированное применение безрецептурных лекарственных средств. В подобных условиях роль фармацевта крайне важна, так как именно этот специалист становится связующим звеном между пациентами и врачами. Очевидно, что те, кто продает лекарства, также могут способствовать повышению медицинской грамотности пациентов, информируя о безопасном использовании безрецептурных лекарств и консультируя по тем случаям, когда самолечение возможно», – отмечает исполнительный директор НП «Аптечная гильдия» и Союза «Национальная Фармацевтическая Палата» Елена Викторовна Неволина.



КАНОН НАУКИ ВРАЧЕБНОЙ

Вышла в свет книга «Врачебное искусство и медицинская поэзия Авиценны»

Книга издана Фондом Кардиопрогресс в рубрике Библиотека Фонда и посвящена врачеванию, творчеству, жизни великого ученого и врача Абу Али Хусейн ибн-Абдаллах ибн-Али ибн-Сина (латинизированное – Авиценна).



Научное наследие Авиценны весьма обширно и охватывает все отрасли знаний того времени.

В 14 лет уроженец Бухары Авиценна освоил основы логики, философии, геометрии и астрономии. В 16 его пригласили лечить самого эмира Бухары. В дальнейшем он был придворным врачом саманидских эмиров и дайлемитских султанов, некоторое время был визирем в Хамадане.

Всего Авиценна написал более 450 трудов в 29 областях науки, до нас дошли только 274. «Канон врачебной науки» снискал ученому мировую известность. Это произведение – одно из главных медицинских трудов Авиценны, в котором предписания античных медиков осмыслены и переработаны в соответствии с достижениями медицины. «Канон врачебной науки» в XII веке был переведен на латинский язык, около 30 раз переиздавался на европейских языках. До конца XVII века оставался основным учебником для студентов и руководством для врачей. «Лучше ошибаться вместе с Галеном и Авиценной, чем быть правым, поддерживая других», – в этих словах Микеланджело не только признание одного гения другим, но и свидетельство того огромного влияния, которое спустя почти шесть веков, продолжали оказывать труды Ибн Сины на умы передовых людей.

«Канон врачебной науки» состоит из 5 книг. В первой книге излагается теоретическая медицина (определение медицины, общая информация о болезнях, их причинах и проявлениях, о сохранении здоровья, о способах лечения). Причины и симптомы болезней Авиценна рассматривает, исходя из господствующего в его время «гуморального» учения о четырёх соках и связанных с ними темпераментах. Во второй книге представлено описание «простых» лекарств. Авиценна приводит названия около 800 средств растительного, животного и минерального происхождения. Многие из них не были известны учёным в древности. В третьей - детально анализируются отдельные болезни, способы их лечения и профилактика. В четвертой описываются общие болезни тела, лечение различных лихорадок, вопросы, связанные с хирургией. В пятой книге представлены описания различных «сложных» лекарств.

Хрестоматийный труд и в наше время не потерял своей актуальности. Кто-то думает, что учение Авиценны и современная медицина – это разные понятия, так как сегодня стала более специализированной и опирается на точные и подробные анализы. Тем не менее многие лекарства, предложенные Авиценной, прочно вошли в фармакопею и применяются по сегодняшний день.

Бессмертные фразы Авиценны и в наши дни имеют большое значение, особенно когда касаются вопросов профилактики:

«Умение правильно понять причину болезни позволяет врачу обеспечить успешное и безопасное лечение».

«Если ты помогаешь мне, то мы вместе будем бороться с болезнью. Если же ты на стороне болезни, то как мне вас победить?»

«Цель медицины – сохранять здоровье во время здравия,и восстанавливать здоровье во время болезни».

В своем творчестве Авиценна не ограничивался врачебным искусством, точными науками и философией, но и увлекался поэзией. До наших дней дошли десятки стихов и поэм великого мастера. Для него не чуждо было воспевание красоты и любви. Его произведения стоят в ряду с классиками средневекового Востока. Однако, поэма о медицине (урджуза) заслуживает особого внимания. Ее можно охарактеризовать как краткое поэтическое описание «Канона врачебной науки»: от определения и задач медицины, общих факторов, влияющих на организм, основных материй организма, до лечения отдельных заболеваний. Мастер в поэтическом формате виртуозно представляет сложные патологические процессы. Очевидно, что подобный формат изложения основ медицины более доступен к восприятию. Урджуза (Ал урджуза фи-т-тибб) стоит на втором месте после «Канона врачебной науки» по содержанию и охвату материала.

Согласно призыву Всемирного Совета Мира в 1952 г., во всех странах отмечалось тысячелетие со дня рождения Авиценны по мусульманскому летосчислению. К юбилейной дате вышел в свет первый том «Канона врачебной науки», перевод которого был осуществлен Академией наук Узбекской ССР при участии Академии медицинских наук СССР. В 1980 г. отмечалось тысячелетие со дня рождения Ибн Сины по юлианскому летосчислению. К этой дате выпущено в свет второе издание «Канона врачебной науки».

Книга «Врачебное искусство и медицинская поэзия Авиценны» составлена профессором М.Н. Мамедовым (автором свыше 200 научных статей и книг по актуальным вопросам сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактики), включает следующие разделы: предисловие с аналитическим описанием творчества и научных трудов Авиценны, биографии, «Поэма о медицине», общие разделы и различные направления медицины, представленные в оригинальном издании «Канона врачебной науки», послесловие и библиография. В книге намеренно сокращены отдельные главы «Канона», и сделан акцент на актуальных заболеваниях современности. В подготовке издания «Врачебное искусство и медицинская поэзия Авиценны» использованы материалы трудов, изданных в 1980 и 1994 гг. в Ташкенте, а также открытая информация из электронных носителей и интернет-ресурсов. Библиография включает 55 работ отечественных и зарубежных авторов. Книга оформлена в академическом стиле и иллюстрирована изображениями рукописей, портретов и гравюр Авиценны. Общий объем составляет 685 страниц.

Издание «Врачебное искусство и медицинская поэзия Авиценны» является первым сборником двух фундаментальных трудов Авиценны. В течение 2-х лет автор анализировал материалы для составления этой книги. В роли научных консультантов выступили заслуженный деятель науки РФ, профессор Давид Меерович Аронов и Чрезвычайный и Полномочный Посол Исламской Республики Иран в России, профессор Мехди Санаи. Надеюсь, что врачи различных специальностей и ученые медицинского профиля найдут много полезной информации о творчестве и врачебном искусстве великого Авиценны.

А.И. МАРТЫНОВ,
президент РНМОТ,
академик РАН

ДИНАСТИЯ АНДРЕЯ СПАССКОГО

Андрей Спасский родился в 1958 году в Москве в семье физиков. Родители окончили инженерно-физический институт и хотели, чтобы сын пошёл по их стопам. После окончания школы Андрей предпринял попытку поступить в Московский институт радиотехники, электроники и автоматики, но недобрал полбалла и не прошёл по конкурсу. Целый год парень трудился оператором электронно-вычислительной машины в Центральном статистическом управлении СССР, а после работы штудировал учебники и активно готовился к вступительным экзаменам, но не в технический, а в медицинский институт (втайне от родителей). Мама Наталья Федоровна и папа Александр Георгиевич были несколько разочарованы выбором сына, который стал студентом престижного Московского стоматологического института.

В студенческие годы Андрей активно участвует в работе научного общества студентов клинических кафедр, проявляет особый интерес к реанимации и интенсивной терапии. В 1980 г. появилась семья. Студентка медицинского института Светлана спустя год родила сына Александра, потом училась в клинической ординатуре по специальности «Скорая помощь» в Институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, в дальнейшем работала на специализированной кардиореанимационной бригаде 26 подстанции скорой помощи г. Москвы.

Окончив в 1982 г. институт, Андрей Александрович поступает в клиническую ординатуру Главного управления здравоохранения на базе НИИ СП им. Н.В.Склифосовского. Основным направлением его научных исследований в течение 25 лет была проблема неотложных состояний в кардиологии. В дальнейшем программа, разработанная Андреем Александровичем, позволила объективно оценивать эффективность лечебных методов, их влияние на течение и исход инфаркта миокарда путем сопоставления прогнозируемых и реальных результатов. Им сформулирован методологический подход к экстренной (неотложной) кардиологической помощи, который включал последовательное применение средств и методов, направленных на купирование острого состояния с учетом особенностей больного. Выявлено усиление процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии и реперфузионном синдроме, что улучшило раннюю диагностику состояний.

Он принимал активное участие в разработке нагрузочных тестов с использованием комплексных методик, что позволило сформировать систему интенсивных лечебных мероприятий. Благодаря организаторскому таланту и усилиям А.А.Спасского, процесс проведения исследований отделением неотложной кардиологии комплексировался с клиниками и лабораториями как внутри НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, так и с ведущими научными отечественными и зарубежными медицинскими центрами. А.А.Спасский и коллектив клиники решали сложные задачи, стоящие перед экстренной медициной огромного мегаполиса, внося вклад в её развитие. Итогом его научной деятельности была успешная защита в 1992 г. кандидатской, а в 2011 г. –докторской диссертации, последняя была посвящена решению проблемы метаболического лечения острого коронарного синдрома.

За многолетний период работы он проявил себя высококлассным врачом, ведущим российским специалистом в области клинической фармакологии, кардиологии, лечебной физкультуры и спортивной медицины, вдумчивым клиницистом, энергичным руководителем.

С 2008 г. А.А.Спасский занимает должность заместителя генерального директора Национального агентства клинической фармакологии и фармации, в создании которого он принимал активное участие. В первые годы агентство занималось сопровождением клинических исследований фармакокинетических свойств лекарственных препаратов. В дальнейшем стали развиваться различные сферы доказательной медицины, было сформировано новое направление – развитие лабораторной диагностики. Лабораторный комплекс полностью соответствует международным стандартам ISO 15189 "Medical laboratories - Requirements for quality and competence" и аккредитован в немецком органе сертификации Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS). Созданная А.А. Спасским многоуровневая система контроля качества лабораторных исследований ежегодно проходит процедуру инспекционного аудита в федеральном немецком органе по аккредитации DAkkS. Следовательно, результаты всех исследований, входящих в область аккредитации, регламентируются многосторонними соглашениями о взаимном признании и считаются действительными на межнациональном уровне.

Сегодня производственные мощности Лабораторного департамента ООО «НАКФФ» позволяют выполнять широкий спектр лабораторных исследований с пропускной способностью до 30000 проб в сутки. Агентство сотрудничает с сетью клиник Медси, группой компаний «Мать и Дитя», Центром эндохирургии и литотрипсии, медицинской клиникой «Детство Плюс», многопрофильной клиникой «Чудо Доктор», Центральной поликлиникой ОАО «РЖД» и многими ведущими Федеральными государственными бюджетными учреждениями города Москвы.

Последние десять лет Андрей Александрович успешно сочетает педагогическую и лечебную работу с научными исследованиями на кафедре клинической фармакологии и кардиологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, читает полный курс лекций по клинической кардиологии. Регулярно проводит практические занятия со студентами старших курсов по основам клинической фармакологии, актуальным вопросам кардиологии, организует и проводит семинары, клинические разборы с ординаторами.

В 2016 г. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации А.А.Спасскому присвоено ученое звание доцент по специальности «Кардиология». Он является автором более 190 научных публикаций в отечественных и зарубежных медицинских изданиях, из них 12 за последние три года, одной монографии, трёх методических пособий для студентов и клинических ординаторов. В настоящее время осуществляет научное руководство кандидатскими диссертациями двух внешних соискателей.

А.А. Спасский проводит большую общественную работу по пропаганде непрерывного медицинского образования врачей - терапевтов. Благодаря огромному авторитету, значительным достижениям в области внутренней медицины и титанической работоспособности он по праву является одним из ведущих научных деятелей. С 2004 г., занимая пост генерального секретаря Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), Андрей Александрович успешно развивает отечественную терапевтическую школу, сохраняя ее традиции.

Несомненной заслугой А.А. Спасского является активное сотрудничество с Президиумом Международного общества интернистов (ISIM), что позволило добиться принятия РНМОТ в ряды его полноправных членов. В 2006 г., благодаря совместным усилиям Андрея Александровича и Юрия Борисовича Белоусова начал работу Национальный конгресс терапевтов, в 2016 г. в России был проведен XV Европейский конгресс терапевтов. Впервые в истории отечественной медицины право на проведение Всемирного конгресса терапевтов, запланированного на 2022 год, отдано РНМОТ. А.А. Спасский активно участвует в его подготовке.

Гордостью Андрея Александровича является врачебная династия Спасских, которую возглавляет он, – прекрасный клиницист, жена Светлана Константиновна – кардиолог, сын Александр – рентгенэндоваскулярный хирург Института скорой помощи им. И.В. Склифосовского. Дочь Екатерина трудится в оперативном отделе городской поликлиники Департамента здравоохранения города Москвы. Внуки Александр, Данила и Арсений хотят быть похожими на дедушку и бабушку.

Андрей Александрович Спасский награжден медалями «Память 850-летия Москвы», «За мужество и гуманизм"» «100 профсоюзам России», «Лауреат ВВЦ», дипломом Лауреата премии мэрии Москвы, званием "Почетный медицинский работник города Москвы".

Впереди у Андрея Александровича интересная, интенсивная и плодотворная жизнь в профессии. Хочется от всей души пожелать ему новых свершений, открытий, успехов и достижений. И главное – счастья и здоровья!

А.А. МИХАЙЛОВ,
д.м.н., заслуженный врач РФ

Редакция газеты "Интерфарммедика" присоединяется к поздравлениям и желает юбиляру много сил и неиссякаемого чувства юмора.

КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В центре «ПетроКонгресс» прошёл XVII Конгресс терапевтов Санкт-Петербурга и Северо-Западного Федерального округа России.

Организаторы конгресса – Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, Северо-Западное отделение Российской академии наук, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Российское научное медицинское общество терапевтов, Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга», Санкт-Петербургское общество терапевтов имени С.П. Боткина.

В открытии конгресса приняли участие: заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Я.С. Кабушка; президент Российского научного медицинского общества терапевтов, член Президиума Всероссийского научного общества кардиологов, академик РАН, профессор А.И. Мартынов; научный руководитель Института экспериментальной медицины, академик РАН, профессор Г.А. Софронов; генеральный секретарь Российского научного медицинского общества терапевтов, профессор А.А. Спасский; председатель Правления Санкт-Петербургского общества терапевтов имени С.П. Боткина, член-корреспондент РАН, профессор Г.Б. Федосеев; президент Ассоциации терапевтов Санкт-Петербурга, профессор В.И. Симаненков; президент СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главный терапевт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, академик РАН, профессор В.И. Мазуров; проректор по научной работе Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, академик РАН, профессор Ю.С. Полушин.

На Пленарном заседании конгресса активные члены Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С.П. Боткина были награждены «Почетным знаком Общества». Лучшим терапевтам Санкт-Петербурга и Ленинградской области были вручены грамоты и дипломы. Грамотами отмечены и победители конкурса на звание «Лучший молодой терапевт Санкт-Петербурга 2018».

Мероприятия конгресса проходили в формате интерактивных лекций, дискуссий и клинических разборов в ходе школ и семинаров по кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, ревматологии и артрологии, нефрологии, инфекциям, клинической фармакологии и другим смежным с терапией специальностям, что предусматривает участие врачей в процессе непрерывного медицинского образования (НМО) с последующим получением свидетельств установленного образца с начислением кредитов (баллов). Особое внимание было уделено проблеме коморбидности при заболеваниях внутренних органов. Ведущими специалистами из Санкт-Петербурга, Москвы и других городов России прочитано 133 лекции на 38 симпозиумах, семинарах, школах, клинических разборах.

За два дня работы конгресс посетили более 1200 – врачей. Среди участников конгресса 78% – врачи Санкт-Петербурга, 10,6% из Ленинградской области (Зеленогорск, Выборг, Гатчина, Тосно, Кириши, Сосновый Бор, Ломоносов, Рощино, Всеволожск, Сиверский, Волосово, Колпино) и 11,4% – из городов России. Широко представлена география участников конгресса: Республика Алания, Башкортостан, Республика Бурятия, Республика Дагестан, Республика Карелия, Республика Коми, Республика Крым, Республика Саха-Якутия, Республика Татарстан, Ханты-Мансийский автономный округ, Коми-Пермяцкий округ; Архангельская, Астраханская, Амурская области, Южно-Сахалинск, Краснодарский и Ставропольский края, Приморский край. Города России – Белгород, Брянск, Великий Новгород, Вологда, Воронеж, Дудинка, Калининград, Курган, Москва, Мурманск, Пенза, Пермь, Петропавловск-Камчатский, Ростов-на-Дону, Саратов, Челябинск.

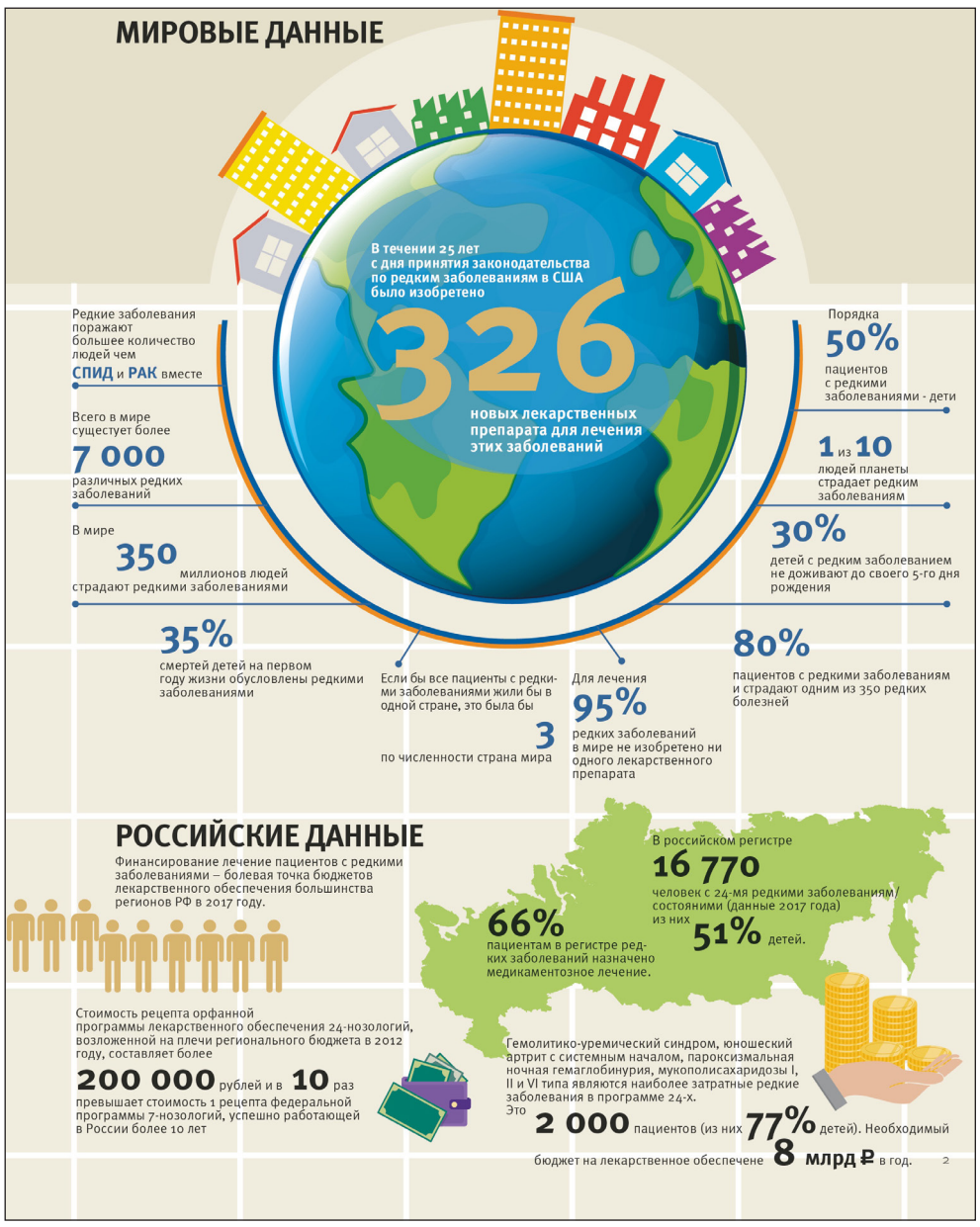
Анализируя возрастной состав участников, хочется отметить, что, как и в предыдущие годы, подавляющее большинство – это опытные врачи. 21,8% – со стажем 20–30 лет, 33,7% – врачи чей стаж более 30 лет. Активный интерес к современным проблемам диагностики и лечения проявили и молодые врачи, врачебный опыт которых меньше 5 лет – 17,5%. Специалистов с опытом работы 5– 0 лет было 8,6%, 10 – 15 лет 10% и 15–20 лет 8,4%. 52% врачей, посетивших конгресс, работают в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 20,8% – в стационарах и клиниках. Немалый интерес к семинарам и лекциям проявляют практикующие врачи коммерческих структур и медицинских центров – 8,2%.

Основная цель конгресса – образовательная, внедрение современных технологий в клиническую практику врача-терапевта для повышения эффективности лечебно-диагностических и профилактических мероприятий у пациентов с заболеваниями внутренних органов. 49% участников конгресса – терапевты поликлиник и стационаров, медицинских центров, санаториев, медсанчастей. 5% – врачи-кардиологи, 3,7% – пульмонологи, 3% – гастроэнтерологи. Принимали участие в работе конгресса врачи ревматологи, нефрологи, гематологи, эндокринологи, гериатры, неврологи, врачи функциональной диагностики и других специальностей.

Вход на все мероприятия был свободный, без регистрационного взноса, и все участники получили подарок от Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С.П. Боткина – удобный рюкзак.

XVII Конгресс терапевтов Санкт-Петербурга и СЗФО РФ прошёл аккредитацию в Координационном Совете Министерства здравоохранения РФ, все зарегистрированные участники получили 12 зачётных единиц по Программе непрерывного медицинского образования Минздрава России.

ОРФАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ



Неизвестны и не лечатся

В среднем в России на диагностику орфанных заболеваний уходит до 7 лет. Такая цифра была озвучена на состоявшемся в Астрахане, минувшим летом социальном фестивале «Редкая жара», посвященном проблемам орфанных (редких) болезней и их лечению.

Особенность этой группы патологий в том, что они междисциплинарны – редкие болезни встречаются во многих областях медицины. Сегодня в первичном звене половина врачей не знают базовых вещей.

«Иммунология – наука молодая. И врачи, которые получали образование в наших вузах 20-25 лет назад, эту дисциплину просто не изучали. «Из 86 федеральных НИИ в России только 24 имеют в своей структуре кафедры клинической иммунологии», – подчеркнул врач педиатр-иммунолог, доктор медицинских наук, профессор Андрей Продеус. А между тем, по мнению эксперта, это именно тот раздел медицины, который в немалой степени обеспечивает развитие отрасли. «Это персонализированная медицина, медицина высоких технологий. Она находится на пике диагностики, лечения, понимания. Если наши врачи научатся лечить редкие заболевания, то со всем остальным они разберутся легко», – отметил профессор.

По данным Института ЕАЭС, для 95% редких заболеваний на сегодняшний день пока не существует лечения. Еженедельно в мире описывается 5 новых нетипичных заболеваний. Критерии «редкости» для каждой страны свои. В России редким считается заболевания, встречающееся не чаще 10 случаев на 100 тысяч населения. Сегодня в федеральном регистре находится порядка 40 000 человек. Эта база данных прирастает на 10–15% ежегодно. В 2012 г. на лекарственное обеспечение орфанных пациентов в регионах уходило 6% лекарственного бюджета. В 2016–25%. В 2017 уже в некоторых регионах этот показатель достигает 30%.

В настоящее время из федерального бюджета обеспечиваются 4 нозологии. С 1 января 2019 г. 5 орфанных заболеваний будет обеспечиваться из федерального бюджета. Таким образом, 2130 орфанных пациентов, из них 1583 – дети, – перейдут с регионального на федеральное лекарственное обеспечение. Благодаря этому решению каждый пятый ребенок из Перечня-24 будет лечиться за федеральный счет. «Этот законопроект по-разному повлияет на ситуацию в регионах. Потому что заболевания на территориях распределены неравномерно. Есть семь субъектов, где почти треть регистра уйдет на федеральный уровень», – отметила заместитель директора Института ЕАЭС Елена Красильникова. Но, по словам эксперта, здесь надо иметь в виду, что (это в основном патологии - такие как, ювенильный ревматоидный артрит), затраты на который не так велики. А такая высокозатратная нозология, как, например, ПНГ, останется на региональном уровне. Это только первый шаг и целый ряд высокозатратных редких заболеваний (такие как болезнь Фабри, Нимана Пика, Тирозинемия и ЛАГ) пока останутся на обеспечении регионального бюджета. В 2017 г. в России только 57% орфанных пациентов были обеспечены необходимыми лекарствами.

По мнению экспертов, сейчас важной задачей является сохранение финансирования в регионах обеспечения орфанов на прежнем уровне. Если, с учетом федерализации пяти нозологий, удастся сохранить текущие показатели и в региональном финансировании, это даст положительную динамику в лекарственном обеспечении редких пациентов в РФ.

Доверять российскому производству

Сегодня на лечение семи наиболее высокозатратных болезней в России тратится порядка 140 млрд. руб. И цифра эта увеличивается не только в следствие инфляции. Главная причина в том, что растут регистры пациентов. Например, в 2008 г. в регистре было 6,5 тыс. пациентов со злокачественными новообразованиями, теперь — 86 тыс.; с рассеянным склерозом, соответственно, — 6 тыс. и 63 тыс.; с муковисцидозом — 622 и 1486. В общей сложности число пациентов выросло на 80 тыс. человек. Финансирование же лекарственного обеспечения не только не увеличилось, но стало меньше — 43,6 млрд руб. против 51 млрд руб. в 2012 г.

Основной инструмент, на который делают ставку регуляторы, — стимулирование отечественного фармпроизводства. «На сегодняшний день полностью российское производство есть для лечения нанизма. Достигнуто значительное покрытие отечественными препаратами лечения злокачественных новообразований. Большой шаг вперед — выход отечественного ритуксимаба», — констатировала директор Департамента лекарственного обеспечения Минздрава России Елена Максимкина.

Единственная нозология, где пока нет отечественных лекарств, — болезнь Гоше. Сдерживающим фактором здесь становится то, что ряд оригинальных препаратов еще находится под патентной защитой. «У отечественных предприятий отличный экспортный потенциал. Ключевой вопрос, над которым мы должны работать, — оптимизация цены», — резюмировала г-жа Максимкина.

Но и одной только поддержкой российских предприятий проблема не решается. Ведь надо еще повысить доверие врачей и больных к отечественным препаратам. Как отмечает исполнительный директор Союза пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям Денис Беляков, ситуация, когда пациенты не хотят получать дженерик взамен оригинального лекарства, остается острой. Нередко пациенты с орфанными заболеваниями получают, например, антибиотики длительно и в высоких дозах, и для них эффективность дженериков может быть недостаточной. «И дело тут не в том, что дженерики лучше или хуже. Просто для определенных групп они не подходят», — резюмирует г-н Беляков. Заместитель генерального директора по научной работе НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, проф. Алексей Масчан считает, что поддержка отечественных фармпроизводителей — мера хорошая, но применять ее надо взвешенно. Это касается производства дженериков, у которых, по мнению эксперта, слишком простая процедура вывода на рынок. «В качестве многих дженериков мы не уверены. Добросовестные компании хотя бы добавляют несколько этапов очистки, а недобросовестные могут просто штамповать таблетки без всяких проверок», — комментирует А. Масчан.

Что касается биоаналогов, то для них требуется проведение клинических исследований, а это не всегда делается должным образом. «Это ведет к опасной ситуации: когда есть два отечественных препарата, зарубежный ЛП не может выйти на торги. Потому что у нас есть постановление «третий лишний». Это приводит к тому, что зарубежные производители уходят с рынка — у них нет шансов. В результате мы можем лишиться важных препаратов», — отметил А.Масчан.

Генеральный директор компании CureLab Oncology Александр Шнейдер в этой связи апеллирует к опыту США: те цены на лекарства, которые закладывают производители США (когда стоимость лечения пациента исчисляется сотнями тысяч долларов), российская экономика, позволить себе не сможет. «Нельзя ориентироваться на препараты и стандарты лечения, которые мало кого спасут, но всех разорят», – говорит А. Шнейдер. «Но с другой стороны, убийственной ошибкой была бы попытка России отгородиться от остального мира в части передовых научных открытий. Решений проблемы может быть несколько. Я не призываю остановить разработку моноклональных антител. Будучи убежденным капиталистом, я считаю, что компании вольны разрабатывать, что хотят и как хотят. Но государству имеет смысл поддерживать разработку того, что дальше его не разорит, – констатирует он. С этим мнением согласен и директор бизнес-подразделения специализированных препаратов компании Sanofi в России Дмитрий Мордвинцев. Он акцентирует внимание на том, что важно найти баланс в соблюдении интересов государства и возможностей производителя.

Мы считаем, что централизация государственных закупок орфанных препаратов на федеральном уровне даст возможность эффективнее использовать средства федерального бюджета за счет больших объемов закупок, позволит регионам улучшить снабжение льготников, качество помощи пациентам с редкими заболеваниями.»

Светлана ПЕТРОВА,
спецкор. по Санкт-Петербургу
и СЗФО России

ЯЗЫК КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ

В преддверие международного саммита гастроэнтерологов, который прошел в Вене, мы поговорили с российскими врачами об их знании английского языка. По данным опроса, 73% выпускников российских медицинских вузов не чувствуют себя уверенно, общаясь на иностранном языке. Почти все говорят, что знаний, которые у них есть, недостаточно для общения и ведения грамотной коммуникации с иностранными коллегами.

Давайте спросим у основательницы корпоративной школы иностранных языков Taratorkina-school Анны Тараторкиной, дают ли медицинские образовательные учреждения РФ достаточные знания в области языка?

Мой ответ – однозначно нет. Есть лишь несколько коммерческих вузов, которые уделяют изучению языка достаточно внимания, но это больше исключение, чем правило. В наших школах и вузах обучение иностранным языкам до сих пор не поставлено на поток, дети обучаются по учебникам 30-ти летней давности (в новых изданиях, конечно, но с абсолютно устаревшим вокабуляром и подходом к грамматике). Если родители не имеют возможности нанять достойного репетитора, ребенок заканчивает школу с весьма скудными знаниями. Далее – университет, где обучение (если это не профильный лингвистический университет) длится 1–2 года и с отношением к иностранному языку, как второстепенному предмету. Я бы могла пересчитать на пальцах одной руки те московские вузы, где студенты получают достойный профессиональный иностранный язык.

Кто больше всего сталкивается с проблемами коммуникации после окончания вуза?

Молодые ученые, желающие стажироваться за рубежом, специалисты, получающие постдипломное образование, специалисты, желающие выступать на конференциях. Тут мы можем отметить и то, что без знания языка невозможно дальнейшее обучение за рубежом, обмен опытом с иностранными коллегами, а это особенно важно в области медицины, которая развивается семимильными шагами.

Есть ли возможность быстро повысить специализированный язык во взрослом возрасте?

Конечно! В нашей школе мы разработали уникальную методику по изучению иностранного языка как инструмента работы. Это значит, что мы не обучаем тому, как через несколько лет, когда-нибудь вы будете знать всю грамматику и сможете как-то говорить на общие темы. Мы составляем курс под конкретные задачи студента, и уже через несколько месяцев он может свободно общаться на иностранном языке со специалистами его профиля. Наши преподаватели не морят студентов скучными упражнениями из учебников. Мы обучаем так, чтобы учащиеся могли сразу использовать полученные знания для развития в своей области.

Нужно перестать воспринимать изучение языка как непосильную ношу и начать думать о нем, как инструменте развития.

Н. КОНАРОВСКАЯ

Generium Pharmaceutical

ВРЕМЯ ЛЕКАРСТВ – РЕАЛЬНОСТЬ И БУДУЩЕЕ

Человек и лекарство испокон веков были связаны непростыми отношениями. В эпоху стремительного научного прогресса эта связь особенно многообразна. Как развивается это направление в нашей стране, рассказывает один из ведущих пульмонологов, видный ученый, академик РАН Александр Григорьевич ЧУЧАЛИН.

В нашей богатой истории мы знаем многих ученых, внесших мировой вклад в создание лекарственных препаратов. Среди них – Иван Петрович Павлов, его ученик Николай Николаевич Аничков – автор теории атеросклероза. В этой связи я несомненно отметил бы важную роль академика Евгения Ивановича Чазова, который впервые в мире испытал на себе фибринолизин, показав его высокую безопасность и эффективность применения у больных с инфарктом миокарда. В результате в медицине открылась большая глава о воздействии препарата на процесс тромбообразования, особенно у пациентов, страдающих заболеваниями головного мозга, сердца, периферических сосудов.

Сегодня все усилия сконцентрированы в четырех областях: первая – низкомолекулярная, вторая – биологические препараты, третья – генная терапия и четвертая – анализ того, что сделано. Нужно обозначить те «очаги», центры Академии наук, которые могли бы создавать инновационные препараты. Такой подход позволяет сформировать принципиально новую концепцию здоровья человека, которая даст возможность прожить до 120 лет!

«Генериум» - один из «очагов» прикладной науки. Они уже добились фантастических результатов. Эта частная научно-исследовательская и производственная группа компаний существует порядка 10 лет и выпускает лекарственные препараты для диагностики и лечения социально значимых заболеваний: орфанных и онкологических, туберкулеза, гемофилии, рассеянного склероза, дефицита гормона роста, инфаркта миокарда, инсульта. Наукоград расположен во Владимирской области, в 100 км от Москвы. Там уже побывал президент России, это о многом говорит. Там создана уникальная база для проведения экспериментальных работ, для индустрии нового поколения лекарственных препаратов. С председателем совета директоров «Генериума» Александром Михайловичем Шустером мы знакомы давно. Кадры «Генериума» я оцениваю очень высоко. У него хорошая селекция, он предлагает ученым, которые получили серьезный современный опыт ведения экспериментальных, внедренческих работ на Западе, достойные условия жизни и работы. Люди, которые там трудятся, - выходцы из России. Еще недавно они работали в США, Великобритании, Германии, Канаде, Франции. Александр Шустер дал им хорошие зарплаты, построил прекрасные дома-коттеджи, открыл возможность реализовать себя, делать науку. Таким образом, он собрал ученых, которые получают огромное удовольствие от работы в России. В тяжелой конкурентной борьбе наши отечественные препараты занимают высокое место на международном уровне.

Мой интерес к компании связан с тем, что сегодня они готовы создать линейку респираторных препаратов. К ним относятся ингибитор альфа-1-антитрипсина для лечения больных с эмфиземой легких, туберкулезом, раком и т.д. С этим препаратом связано значительное расширение показаний к лечению в клиниках. Сегодня в «Генериуме» получили фермент ДНаза, разрушающий ДНК, большое количество которого приводит к образованию вязкого секрета, нарушающего работу многих органов, в частности, мочевыводящей и желчевыводящей систем, органов дыхания. Фермент ДНаза получают с помощью генной инженерии, что позволит управлять вязкостными характеристиками воспалительного секрета. Это очень крупное достижение, оно дает возможность продлить жизнь больным муковисцидозом на 10–15 лет. Еще меня интересует лекарство нового поколения, новой генерации для лечения аллергических больных. И главное они получают один из компонентов комплемента (комплекса сложных белков, постоянно присутствующих в крови), который может быть применен у больных с врожденным ангионевротическим отеком. Та же субстанция может применяться для лечения геморрагического шока, скажем, при Эбола или при тяжелом гриппе. Все идет к тому, что мы открываем колоссальные возможности для сотрудничества.

Какие новые препараты создаются на базе российских научных учреждений?

За последние годы в России произошли колоссальные изменения. Сегодня большой упор делается на разработку препаратов на основе моноклональных антител. Это особенно актуально для различных областей онкологии и в первую очередь онкогематологии. Раньше мы говорили о последних стадиях рака, как о предполагающих лишь паллиативную помощь. Сегодня в отношении патологии такого уровня целесообразно говорить именно о лечении. Большой прогресс достигнут в области рака предстательной железы, колоректального рака и т.д.

Начну с того, что лучше знаю. НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи и группой академика Александра Леонидовича Гинзбурга создана совершенно уникальная вакцина против вирусных заболеваний дыхательных путей. Пройден огромный путь от идеи и пробирки до вакцины нового поколения. Это большое достижение.

Наши ученые открыли универсальную молекулу «ингавирин», обладающую свойствами подавлять репликацию вируса в организме человека. Академик Сергей Борисович Сегединин, (с его именем связано появление на рынке афобазола), занимается разработкой принципиально новых по эффективности и безопасности психотропных препаратов. Безусловно, у нас есть очень высокий интеллектуальный потенциал, который непременно будет реализован.

Не теряет актуальности тема редких болезней. Как изменилась ситуация в этой сфере?

Могу похвалиться. Недавно вышла энциклопедия «Редких болезней», автор которой я. В издании представлены 6000 болезней. Сейчас ведется работа по созданию уникального института экспертов по редким болезням, который объединит ученых-генетиков, молекулярных биологов, клиницистов. Уверен, он качественно изменит положение орфанных болезней и подход к ним в нашей стране.

Кого из корифеев медицины вспоминаете особенно?

Выдающегося врача и еще более выдающегося человека, сына С.П. Боткина, Евгения Сергеевича. Чем больше я узнаю о его жизни, тем отчетливее понимаю, что должен сделать все, чтобы о нем знали и помнили поколения медиков. Евгений Сергеевич унаследовал от отца клиническое мастерство. Много внимания уделял малообеспеченным больным. В последние годы жизни, находясь с царской семьей в ссылке в Тобольске, он шел в обыкновенную больницу и осматривал всех без исключения нуждающихся в помощи. Дважды ему давался шанс оставить царскую семью, но он пошел с ними до конца, понимая, что погибнет.

Мы осознанно оценили ситуацию, которая складывалась в мире в области клинической медицины. Произошел новый анализ клинических рекомендаций, которые были переведены на достаточно строгий математический язык, чтобы врачи могли детально минимизировать ошибки и значительно повысить оказание медицинской помощи больным с самыми разнообразными болезнями.

Этот процесс требует коллективного ума и подхода. Перед нами стояла задача интегрироваться в те международные процессы, которые определяли развитие клинической медицины. Нужно сказать, что на протяжении всего этого периода, наша основная миссия – образовательная. На Западе это называется внутренней медициной, у нас – специальность внутренней болезни. В этом плане мы пытаемся помочь врачу получить информацию в самых разнообразных областях. Таких как эндокринология, кардиология, гастроэнтерология, гематология, пульмонология, инфекционные заболевания. Собственно, модель врача – это то, что он должен знать и какие знания развивать и поддерживать. Нам удалось реализовать взаимодействие с мировым сообществом, у нас очень хороший язык коммуникаций по современным тенденциям развития клинической медицины.

Наш ученый биофизик Лев Александрович Блюменфельд впервые в мире открыл газ, обладающий функциями биологического мессенджера. Газ называется оксид азота. За это американцы получат Нобелевскую премию, потому что был открыт механизм действия нитроглицерина, который, расслабляя мышцы, снимает спазм коронарных артерий, лечит стенокардию и инфаркты миокарда. Именно российская идея связана с этими работами. Мы создали электрохимический генератор, который позволяет нарабатывать оксид азота столько, сколько необходимо. Он нужен кардиологам во время операции, реаниматологам, больным с тромбоэмболией, его можно применять в дерматологии и многих других областях медицины. Сейчас много говорят о препарате против рака. Я отношусь к этому достаточно сдержанно. Лекарственный список антираковых препаратов каждый год обновляется на 20–30%. Для того чтобы доказать эффективность и безопасность того или иного препарата нужно проводить очень глубокие исследования на уровне молекулярной биологии, генетики и не только.

Кто является главным действующим лицом в отечественной медицине?

Для медицины важно иметь сильное первичное звено. Это, если хотите, военная доктрина. Раненного на поле боя кто-то должен поднять, оказать первую медицинскую помощь, доставить в больницу. Без первичного звена, его укрепления, развития и поддержки ничего другого не будет: ни нейрохирургии, ни торакальной хирургии и т.д.

У нас много талантливой молодежи, перед которой часто стоит вопрос: где работать дальше? Что нужно сделать, чтобы они не стремились уехать. А если и уехать, то вернуться в Россию?

Это задача государственной важности, о ней говорят на всех уровнях, вплоть до Президента. Это своеобразный конфликт в обществе. Во всяком случае, многие выходцы из России, с которыми я встречаюсь на Западе, хотели бы вернуться и работать здесь.

Продолжая тему молодых специалистов, «нарисуйте» портрет такого врача. Каким вы его видите?

В первую очередь он должен быть гуманным человеком. Христианская заповедь «любить человека» необходима врачу. У Евгения Сергеевича Боткина была лекция «Баловать больного в больнице». В своем учебнике я воспроизвожу ее. Баловать – значить уметь разговаривать с больным. Ведь сразу стать специалистом сложно, для этого должно пройти 5, 10, а то и 15 лет. А вот научиться понимать, «баловать» больного – это одно из наиболее важных условий.

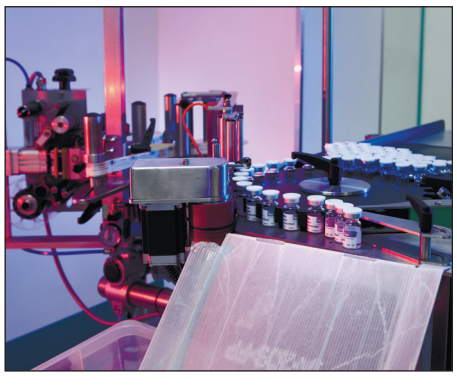
Второе – высокий уровень самообразования. Только сам врач повинен в том, что он сегодня плохо образован. Для этого есть все необходимые ресурсы. Установка учиться и образовываться должна быть у каждого без исключения.

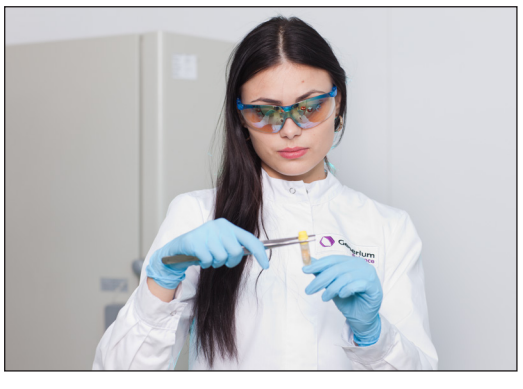
Еще одно непременное условие – врач должен постоянно заниматься самоанализом. Каждый день готовиться к визиту к пациенту. Наши великие доктора: Боткин, Пирогов, Войно-Ясенецкий понимали свои ошибки, не стеснялись их признавать и скрупулезно анализировать, осознавая, что это путь к совершенствованию профессиональной деятельности. Без непрерывного образования и самообразования врач не станет настоящим врачом.

В университетах нас учили христианской любви к человеку. Что это такое? Не рассматривать человека как средство наживы. Во всех документах по этике, которые я пишу, всегда обращаю на эти слова особое внимание. Принцип должен быть один. Между врачом и пациентом деньги стоять не должны. Для этого есть разные формы, например, частные клиники, где работают очень хорошие специалисты. Больной заплатил в кассу, она рассчиталась с врачом. Считаю, что это правильно.

Вы однажды сказали очень сильную фразу: «Пора попахать на Россию».

Я занимаюсь этим много лет и каждый день. Россия моя Родина, я здесь работаю и буду продолжать, пока есть силы и здоровье. Сделано, поверьте, немало.

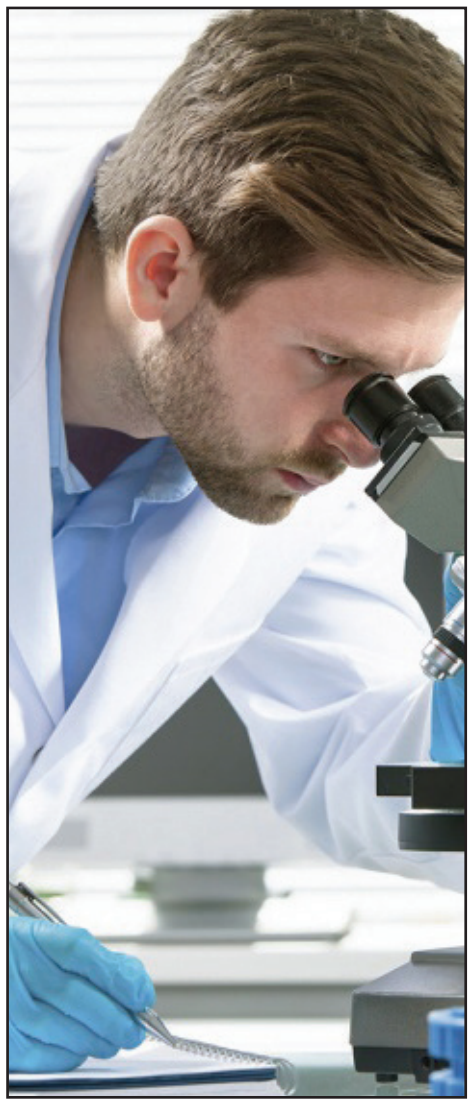




НИАРМЕДИК

О ЧЕМ ГОВОРЯТ ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ

Доклинические испытания на животных лекарственных препаратов являются обязательными и регулируются на законодательном уровне. В ходе таких исследований собираются данные по безопасности, фармакокинетике, эффективности лекарственного средства, механизму его действия. Т.е. в итоге изучаемый препарат должен приносить максимум пользы при минимальных побочных эффектах. И только при наличии положительных результатов, при подтверждении прогноза безопасности для человека препарат допускается к I фазе клинических исследований на людях.



В среднем доклинические исследования нового лекарственного препарата проходят в течение 1,5–3 лет, но эти цифры могут меняться в зависимости от типа исследуемого препарата. Сроки отдельных экспериментов на животных зависят также от вида исследований и варьируются от нескольких недель до нескольких лет. К наиболее длительным экспериментам относятся токсикологические исследования, такие как изучение хронической токсичности. Животные получают исследуемый препарат ежедневно как в терапевтических дозах, так и в дозах, превышающих норму в десятки раз. В ходе этого эксперимента оценивают основные функциональные показатели всех систем организма. После завершения проводят гистологическое исследование всех органов и тканей животного. Длительность такого эксперимента зависит от продолжительности предполагаемого курса применения этого препарата у человека. Например, в случае проведения хронического токсикологического эксперимента для противовирусного средства, которое будет применяться у людей курсом 4–5 дней, минимальная длительность введения лекарства животным составит не менее 30 дней. Если проводится изучение токсичности противотуберкулёзного средства, планируемого для приема непрерывным курсом у людей в течение 6 месяцев, то животным это вещество вводят ежедневно в течение 9–12 месяцев. Такие исследования позволяют оценить воздействие препарата на все органы и ткани. Однако существует ряд исследований, при которых длительность введения лекарственного средства животным не связана с продолжительностью приема в клинике. К примеру, для подтверждения отсутствия влияния исследуемого препарата на возможные генеративные функции. Даже если препарат будет применяться у человека однократно, животным его необходимо вводить в течение 48 дней, что соответствует циклу сперматогенеза у крыс, и затем оценивать возможное влияние на генеративные функции.

Каждое исследование проводится строго по протоколу, в котором детально прописаны все оцениваемые показатели и указан дизайн испытания. Обязательными требованиями при проведении доклинических исследований являются качественное содержание лабораторных животных и качественные первичные данные. Это достигается посредством внедрения в научных организациях системы менеджмента качества надлежащей лабораторной практики – GLP ОЭСР. В России действует программа добровольной аккредитации испытательных центров доклинических исследований по международному стандарту надлежащей лабораторной практики, обязательным элементом которой является оценка соответствия содержания лабораторных животных международным стандартам.

В ходе изучения длительного хронического воздействия препарата на организм животных проводят оценку показателей всех основных систем организма: нервной, мочевыделительной, сердечно-сосудистой и т.д. При этом некоторые рассматриваются отдельно. Например, во время изучения репродуктивной системы отслеживают не только влияние лекарственного средства на организм самого животного, но и на то, как его потомство отреагировало на препарат. К тому же обязательно в течение эксперимента проводятся гематологические и биохимические исследования крови, а также патоморфологические и гистологические исследования всех органов и тканей животного. В зависимости от задачи того или иного эксперимента используются либо абсолютно здоровые животные, либо животные с соответствующей экспериментальной патологией. Например, для оценки противовирусного действия у животных сначала моделируют экспериментальную вирусную инфекцию, а затем проводят исследования на предмет эффективности исследуемого противовирусного препарата. Препараты, успешно прошедшие стадию ДКИ, допускаются до клинических исследований.

Необходимо отметить, что к препаратам, предназначенным для детей, уже на стадии доклинических исследований предъявляются повышенные требования по безопасности. Обязательным является использование в испытаниях неполовозрелых животных. Очень важно правильно рассчитать и экстраполировать дозы для тестирования с учетом возрастного диапазона у детей. При этом трактовка полученных результатов должна учитывать особенности функционирования детского организма.

Существует мнение, что исследования на животных (доклинические) завершаются в момент регистрации препарата, т.к. уже проведены все необходимые экспериментальные работы на предмет безопасности, эффективности и фармакокинетики. Но такие исследования могут проводиться в течение всего жизненного цикла препарата. Это необходимо по нескольким причинам. Появляются новые методы и приемы исследований, возникает возможность изучения препарата с использованием более сложных дизайнов и критериев оценки по дополнительным параметрам, открываются более современные методики исследования. Подобные испытания на животных позволяют расширить знания о препарате. Для того, чтобы внести изменения в инструкцию по медицинскому применению препарата и, например, расширить показания к применению для детской возрастной группы, требуется проведение дополнительных исследований, в том числе и доклинических, которые подтверждают безопасность и эффективность лекарственного средства на неполовозрелых животных.

Кроме того, в настоящее время полным ходом идет объединение рынков лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза, поэтому многие фармацевтические компании уже сейчас занимаются обновлением досье своих продуктов и актуализируют данные в соответствии с требованиями ЕЭАС. Ведущие фармацевтические компании проводят дополнительные доклинические исследования уже с использованием самых современных методов, часто это тесты, которые появились совсем недавно и не существовали на момент регистрации препарата. Например, в случае с противовирусным препаратом Кагоцел, несмотря на наличие в полном объеме необходимых для подтверждения эффективности и безопасности доклинических и клинических исследований, проведенных согласно требованиям Минздрава РФ, компания «Ниармедик» продолжает заниматься дополнительными пострегистрационными исследованиями. С учетом накопленных за прошедшие годы новых научных знаний, новых методических приемов, расширяющих знания о препарате, были проведены дополнительные исследования, призванные еще раз убедительно показать его полную безопасность в отношении репродуктивной системы организма. Особенности проведенных исследований заключались в схемах приема препарата и возрасте животных. Противовирусное средство вводили животным как самого раннего возраста, то есть малышам, так и особям, близким к половой зрелости, которые соответствовали по возрасту подростковому периоду людей. Кагоцел применяли в терапевтических дозах и дозах, превышающих норму в десятки раз. Пострегистрационные эксперименты в очередной раз подтвердили абсолютную безопасность препарата Кагоцел, отсутствие неблагоприятных воздействий на организм человека, в том числе репродуктивную систему, и отсутствие негативного влияния на потомство.

КОНСЕНСУС ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Эпидемический рост заболеваемости СД и поздняя диагностика его осложнений, в том числе диабетической нейропатии (ДН), приводят к ранней инвалидизации больных и значительному снижению качества их жизни. ДН является междисциплинарной проблемой, тем не менее за ее диагностику и лечение ответственен терапевт и/или врач общей практики в поликлинике. Междисциплинарный Консенсус экспертов призван систематизировать известные диагностические приемы, меры профилактики и лечения пациентов с ДН для обязательного применения в поликлинике терапевтом и или врачом общей практики.

Определение

ДН — заболевание нервной системы в клинической или субклинической стадии, наблюдаемое при СД в отсутствии других причин развития. Это комплекс клинических и субклинических синдромов, каждый из которых характеризуется диффузным или очаговым поражением периферических и/или автономных нервных волокон в результате СД.

ДН — самое частое осложнение СД, приводящее к нарушению трудоспособности, ранней инвалидизации и смерти пациентов. По данным литературы, частота ДН колеблется от 15% до 100% (в зависимости от методов диагностики) и прогрессивно нарастает по мере увеличения длительности и степени тяжести СД. После внедрения электрофизиологических методов исследования частота выявления различных вариантов ДН составила 70–90%, причем к моменту установления диагноза СД у четверти больных уже есть клинические проявления нейропатии. Частота поражений нервной системы при СД напрямую связана с длительностью и степенью тяжести заболевания, а также с возрастом больных.

Распространенность и медико-социальное значение

Согласно данным исследования NATION, СД в России страдают не менее 12 млн человек, из которых около 50% не знают о своем заболевании. По прогнозу ВОЗ и Всемирной диабетической федерации, к 2040 г. число больных СД удвоится, следовательно, увеличится и количество пациентов с ДН.

Патогенез диабетической нейропатии

ДН развивается на фоне свойственных СД метаболических и сосудистых нарушений, возникающих вследствие гипергликемии. При этом тщательный контроль уровня глюкозы в крови значительно уменьшает выраженность симптомов поражений нервов и сосудов, однако не может избавить пациента от них полностью.

Клинические рекомендации по ведению больных

Несмотря на связь ДН и гипергликемии, в основе формирования диабетических осложнений, безусловно, лежит не только изолированная гипергликемия. ДН является следствием нарушений структурно-функционального состояния и развития метаболического дисбаланса в периферических нервах. С повреждением нервных волокон связаны общеизвестные обменные расстройства:

- неэнзиматическое гликирование белков;
- полиоловый путь метаболизма глюкозы;
- аккумуляция в нервной ткани сорбитола;
- снижение активности протеинкиназы С;
- окислительный стресс;
- свободнорадикальное разрушение клеточных мембран;
- нарушение метаболизма свободных жирных кислот.

Особое место в развитии ДН отводят дефициту витаминов, который сопровождается нарушением всасывания углеводов и изменением биодоступности сахароснижающих препаратов для приема внутрь. Введение нейротропных витаминов группы В (В1, В6 и В12) обеспечивает снижение выраженности процессов демиелинизации, а при длительном применении способствует восстановлению миелиновой оболочки и увеличению скорости проведения импульсов.

Участвуя во многих биохимических реакциях, необходимых для функционирования нервной ткани, нейротропные витамины стимулируют синтез белков и липидов, выработку нейромедиаторов, снижают активность перекисного окисления липидов, обладают собственным анальгетическим действием и потенцируют эффект обезболивающих препаратов при терапии нейропатической боли.

Согласно накопленным данным о патогенезе и методах лечения ДН, повреждения нервных волокон обратимы, особенно на ранних этапах развития СД.

Особое место в возникновении диабетических осложнений принадлежит окислительному стрессу. Одно из его последствий, приводящих к ухудшению кровоснабжения нервных волокон и их дисфункции, — снижение концентрации оксида азота, обладающего антипролиферативным и вазодилатационным действием. Недостаток витаминов также играет определенную роль в развитии ДН, так как при нем нарушается всасывание углеводов, маскируются признаки гипогликемии (подавляются механизмы ее контррегуляции: угнетается глюкагоновая фаза адаптации и нивелируются адренергические симптомы-«предвестники») и изменяется биодоступность сахароснижающих препаратов для приема внутрь.

Классификация диабетической нейропатии

Современные классификации выделяют несколько основных вариантов ДН.

Диффузная нейропатия:

1) дистальная симметричная нейропатия:
- с преимущественным поражением чувствительных нервов (сенсорная форма);
- с преимущественным поражением двигательных нервов (моторная форма);
- с комбинированным поражением (сенсомоторная форма);

2) автономная (вегетативная) нейропатия:
- кардиоваскулярная форма;
- гастроинтестинальная форма;
- урогенитальная форма;
- нейропатия других органов и систем.

При ДН повреждаются разные виды нервных волокон.

Клинические рекомендации по ведению больных

Поражение чувствительных толстых волокон приводит к уменьшению тактильной и вибрационной чувствительности, ухудшению рефлексов, формированию артропатий, трофических нарушений и синдрома диабетической стопы.

Нарушение функции чувствительных тонких волокон вызывает болевую форму ДН (нейропатическую боль), которая характеризуется болью в стопах, усиливающейся по ночам, парестезиями и гипостезиями по типу «перчаток» и «носков», аллодинией — возникновением боли в ответ на стимулы, в норме ее не вызывающие. Поражение вегетативных волокон опосредует развитие вегетативной (автономной) полинейропатии с развитием безболевой ишемии миокарда, ортостатической гипотензии, тахикардии в покое, гастропареза, дизурии, гипогидроза, эректильной дисфункции и некоторых других симптомов.

Следует подчеркнуть, что жалобы, характерные для ДН, отмечают только у 50% пациентов, у остальных она протекает бессимптомно.

Диагностика диабетической нейропатии

При первичном обращении пациента с СД в поликлинику необходимо:

1) определить стаж заболевания;

2) диагностировать осложнения СД;

3) опросить пациента с помощью шкал Neurological Symptoms Score и Total Symptoms Score (TSS), осмотреть его и оценить:

- нарушения чувствительности (болевой, температурной);
- слабость и/или атрофию мышц;
- болевой синдром в дистальных отделах конечностей;
- вегетативные нарушения в виде расстройств деятельности сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, ЖКТ, потоотделения и сексуальной функции.

При этом пациенту необходимо задать следующие вопросы:

- Возникают ли у вас жжение, онемение, покалывание, боли и судороги в ногах?
- Где чаще всего локализованы эти ощущения?
- В какое время суток они возникают чаще всего?
- Отмечаете ли вы уменьшение выраженности симптомов при ходьбе, в положении лежа или стоя?

Шкалу TSS применяют для динамической оценки выраженности субъективных неврологических симптомов (боли, жжения, онемения, парестезий).

Для оценки чувствительности в амбулаторной практике необходимо применять Ipswich touch test, реализуемый последовательными прикосновениями к I, III, V пальцам ног с двух сторон.

Отсутствие чувствительности более чем при двух прикосновениях позволяет диагностировать ДН.

Кроме того, пациенту следует выполнить:
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови с определением показателей липидного и углеводного обмена.

Консультация эндокринолога показана при неудовлетворительной компенсации гликемии и осложнениях СД (например, нефропатии, ретинопатии).

Консультацию невролога назначают при нарушении чувствительности, выпадении сухожильных рефлексов; длительном (> 1 месяца) болевом синдроме; депрессии и нарушениях сна, связанных с болью.

NB! Терапию необходимо начинать сразу, не дожидаясь результатов консультации невролога!

Диагноз ДН сомнителен при:
- развитии нейропатии до дебюта СД или на его ранней стадии;
- формировании нейропатии на фоне хорошо контролируемого СД;
- асимметричном характере поражения;
- значительном поражении проксимальных отделов ног и рук.

Лечение диабетической нейропатии

Лечение ДН направлено прежде всего на коррекцию факторов риска и компенсацию углеводного обмена. Достижение целевых показателей гликемии имеет ключевое значение в предупреждении прогрессирования нейропатии и других осложнений СД.

Важное патогенетическое направление терапии ДН — восстановление анатомической и функциональной целостности нервного волокна. Ремиелинизация способствует улучшению проводимости и снижению выраженности симптомов, предотвращает прогрессирование нейропатии, что повышает качество жизни больных ДН.

Основным способом достижения ремиелинизации служит применение нейротропных витаминов, коферментов и метаболически активных субстанций, корригирующих нарушения обмена веществ в нервной ткани.

Ведущее место в патогенетическом лечении ДН принадлежит комплексным нейротропным витаминам группы В: В1, В6 и В12. Длительное применение нейротропных витаминов способствует восстановлению миелиновой оболочки и увеличению скорости проведения импульсов.

Особую роль в терапии ДН играют лекарственные средства, помимо витаминов группы В (В1, В6 и В12), содержащие метаболически активные вещества: кокарбоксилазу, АТФ и никотинамид. АТФ участвует во многих обменных процессах и способен ингибировать болевые импульсы на сегментарном уровне; витамин В12 также усиливает опиоидную, норадренергическую и серотонинергическую антиноцицептивную активность, ингибирует синтез и/или блокирует действие воспалительных медиаторов, а также подавляет эктопическую активность в задних рогах спинного мозга. Кокарбоксилаза, являясь коферментом тиамина, участвует в переносе кислорода и стимулирует энергетические процессы; модулирует передачу нервного импульса, регулирует перенос Na^+ через мембрану нейрона; ликвидирует метаболический ацидоз; улучшает синтез оксида азота в эндотелии.

Никотинамид регулирует фосфорилирование, улучшает энергетический обмен, участвует в процессах тканевого дыхания, жирового и углеводного обмена, оказывает сосудорасширяющее действие (за счет увеличения освобождения из тканей гистамина, брадикинина) и ингибирует поли(АДФ-рибоза)-полимеразы.

Препарат, содержащий комплекс нейротропных веществ: витамин В12, кокарбоксилазу, АТФ и никотинамид, — выпускают под названием Кокарнит

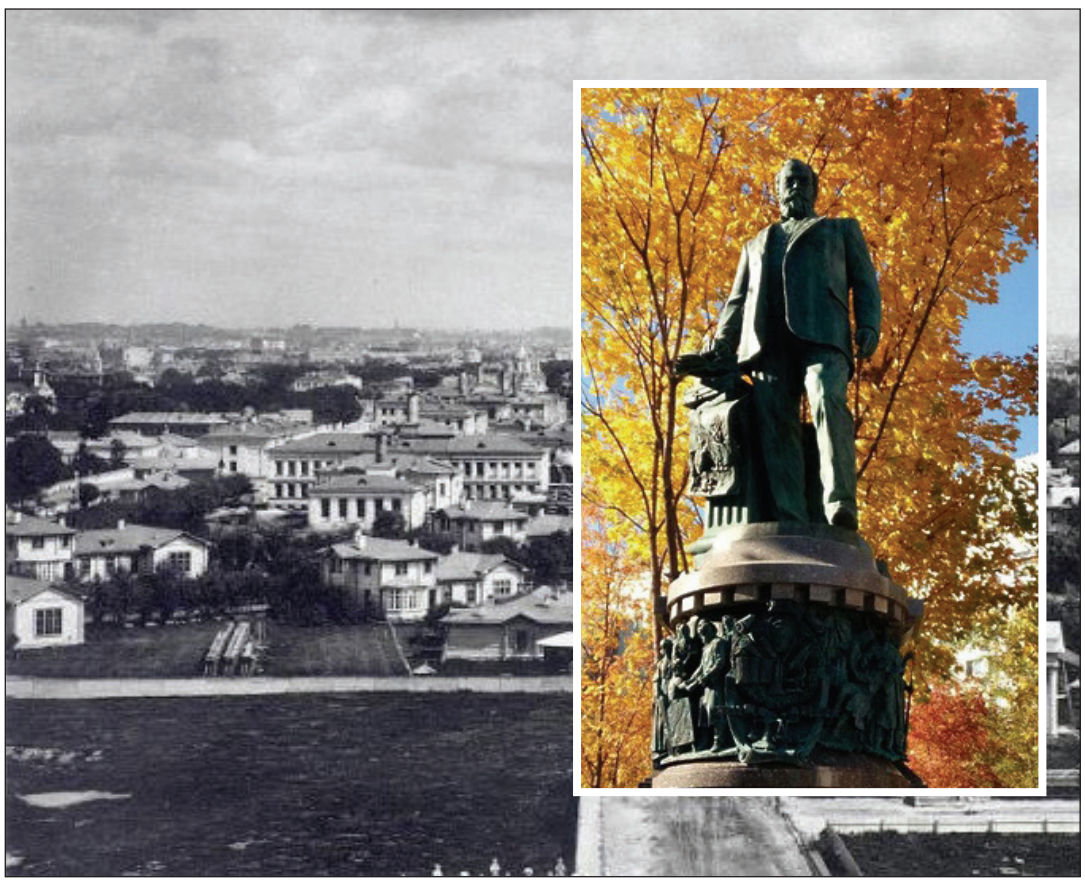
В исследовании Л. Вуду и соавт. установлена более высокая эффективность сочетания сахароснижающей терапии и Кокарнита в виде ежедневных внутримышечных инъекций в течение 9–10 дней по сравнению со стандартной терапией. Отмечен заметный и быстрый регресс (уже на 6-й день лечения) чувства онемения и покалывания нижних конечностей. Несколько дольше регрессировали мышечные судороги и ощущение жжения (симптомы сохранялись и на 14-й день лечения).

По результатам многоцентровых клинических исследований, проведенных в 10 городах РФ, применение Кокарнита способствует улучшению проведения возбуждения по периферическим нервам и повышению функциональной активности иннервируемых ими мышц. При этом отмечена положительная динамика в виде регресса сенсорных нарушений: их количественная оценка по шкале TSS снизилась до 6,74±0,42 балла ($p<0,05$), сократилась и зона чувствительных расстройств. Кроме того, зарегистрировано улучшение общего самочувствия пациентов (по шкале субъективной оценки астенизации Multidimen-sional Fatigue Inventory 20). Эффективность Кокарнита подтверждена и другими исследователями. Так, например, в исследовании Ф.И. Девликамовой установлено положительное влияние препарата на состояние аксонов, что свидетельствует о позитивном его воздействии на трофическую функцию аксонов периферических нервов верхних и нижних конечностей, а исследование В. А. Парфенова и соавт. в течение 3 месяцев показало стойкий эффект в отношении симптомов как диабетической полинейропатии, так и сочетанных расстройств.

Кокарнит вводят внутримышечно по 2 мл в сутки в течение 9 дней, затем лечение продолжают с применением витаминных комплексов группы В: В1, В6 и В12 для приема внутрь, схемы приема и дозы которых приведены в лекарственном формуляре.

Библиографическая ссылка:

Вёрткин А. Л., Данилов А. В., Мкртумян А. М. Консенсус по ведению больных с диабетической нейропатией в общей врачебной практике, утвержденный Советом экспертов 8 апреля 2017 года // Амбулаторный прием. 2017. Т. 3. № 2 (8). С. 33–37.



В МОСКВЕ ОТКРЫТ ПАМЯТНИК СКЛИФОСОВСКОМУ

Памятник выдающемуся российскому хирургу и ученому Николаю Склифосовскому открыли в Хамовниках в рамках празднования 260-летия Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова. Николай Склифосовский (1836–1904) — знаменитый русский ученый, хирург, автор трудов по хирургии и гинекологии. По его инициативе был построен клинический городок Московского университета (в настоящее время Первого МГМУ). Имя Склифосовского носит Научно-исследовательский институт скорой помощи в Москве, основанный в 1923 г. на базе одной из старейших больниц столицы.

«Мы сегодня открываем удивительный по своей красоте и выразительности памятник. Николай Васильевич Склифосовский является для всех поколений российских медиков примером служения своей профессии, нашим людям, нашей стране. У нас праздничный и знаменательный день, когда через 138 лет после того, как первым деканом медицинского факультета Императорского Московского университета стал замечательный ученый и врач Николай Васильевич Склифосовский, он вернулся в свою Альмаматер», — сказала министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, которая приняла участие в церемонии открытия.

Автор проекта, – скульптор Салават Щербаков рассказал, что были сложности, планировалось, что монумент будет стоять ближе к дороге, но московские власти в целях безопасности (близость городских коммуникаций) предложили разбить сквер, тем самым отдалить памятник от магистрали. Во время открытия звучала музыка, участники торжества возложили цветы к памятнику.

КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Сосудистые заболевания головного мозга – актуальная медицинская и социальная проблема. Инсульт ежегодно поражает от 5,6 до 6,6 млн человек и уносит 4,6 млн жизней. Смертность от инсульта уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономических развитых странах 11–12%.

Перенесенный инсульт значительно увеличивает риск развития повторного инсульта. Кроме того, у пациентов с инсультом кумулятивный риск инфаркта миокарда и сосудистой смерти в постинсультном периоде на протяжении последующих 5-ти 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 кардинальных 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. Антигипертензивная терапия – основа всех рекомендаций по вторичной профилактике для пациентов с перенесенным инсультом и артериальной гипертонией. Показано, что благодаря гипотензивному лечению относительный риск 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).

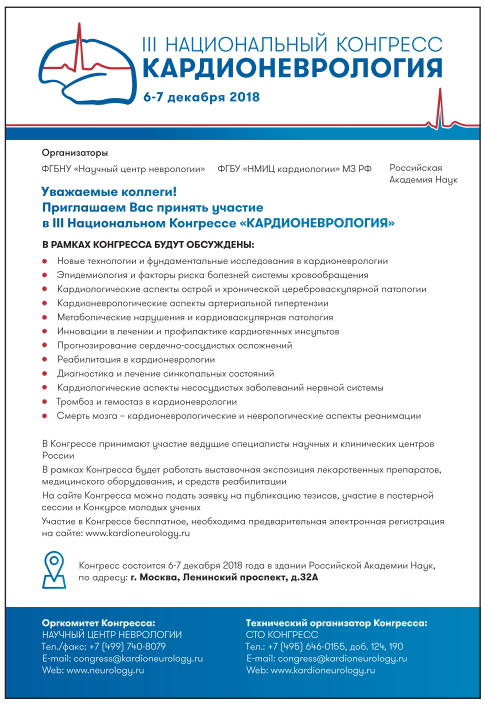
Кардиогенная церебральная эмболия, на долю которой приходится 20–30% среди всех ишемических инсультов, является следствием разнообразных заболеваний сердца. Пациентам, перенесшим кардиоэмболический инсульт на фоне фибрилляции предсердий, протезированных клапанов сердца, ревматическом митральном стенозе, 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 неклапанной фибрилляцией предсердий. Эти препараты (дабигатрана этексилат, ривароксабан, апиксабан и эдоксабан) опережают варфарин по суммарной клинической эффективности, 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 сочетании 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. На сегодняшний день 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 при 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 действий: улучшением эндотелиальной функции, антиагрегантными 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 общепризнанна концепция, рассматривающая ишемический инсульт не как ишемическую болезнь головного мозга, а как синдром поражения головного мозга, являющийся по существу исходом различных заболеваний сосудов, сердца и крови. Поэтому вполне логичным выглядит доминирование терапевтических принципов профилактики повторного ишемического инсульта. Применение 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,
д.м.н.,
профессор,
руководитель лаборатории
кардионеврологии,
ведущий научный сотрудник Научного центра
неврологии



ОСТЕОАРТРИТ: ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Реалии сегодняшнего дня свидетельствуют о том, что на плечи врача общей практики ложится выявление и лечение патологии, связанной с опорно-двигательной системой организма. В первую очередь речь идет о заболеваниях суставов, имеющих в своей основе воспалительно-дегенеративные изменения, затрагивающие практически все ткани сустава, но в первую очередь – хрящ и субхондральную кость. Первично воспалительный генез данной патологии позволяет объединить их термином артрит или остеоартрит.

Широкое распространение данной патологии отмечается у лиц предпенсионного и пенсионного возраста - основного контингента на приеме врача. Заболевание, как правило, начинается с поражения одного сустава, а со временем в процесс вовлекаются как симметричный, так и другие суставы, но болезнь приобретает черты генерализации, то есть множественное поражение суставов полиостеоартрит.

В патогенезе заболевания ведущая роль отводится воспалительному процессу околосуставных мягких тканей, нарушениям метаболизма в хряще и субхондральной кости, что сопровождается развитием болевого синдрома и нарушением функции пораженных суставов. Именно с такими жалобами пациент и приходит на прием к терапевту. Первое существенное изменение при остеоартрите – разволокнение хряща и образование эрозий на его поверхности. По мере прогрессирования артрита слой хряща, покрывающий суставную поверхность, истончается, вплоть до полного разрушения, оставляя оголенной участок субхондральной кости.

Для врача важно своевременно обратить внимание на жалобы пациента: интенсивность, локализацию, продолжительность боли и длительность скованности с учетом возраста и гендерных различий.

При показаниях назначить обследование, подтверждающее артрит (воспаление синовиальной оболочки сустава синовит). Необходимо учитывать избыточный вес. Семейный анамнез и профессиональная деятельность пациента тоже принимаются во внимание.

При физикальном осмотре следует обратить внимание на симметричность суставной патологии, наличие и/или отсутствие деформации, гиперемии, температуры кожи над областью сустава при пальпации, оценить состояние околосуставных мышц, что также может свидетельствовать о прогрессировании болезни.

И, наконец, инструментальные исследования: рентгеновское, УЗИ диагностика, КТ и в отдельных случаях артроскопия, позволяют определить характер и степень поражения сустава, а, следовательно, выбрать дальнейшую тактику терапии конкретного пациента. Исследование пунктата синовиальной жидкости (ex tempera) позволяет выявить наличие/отсутствие в ней кристаллов пирофосфата кальция, что также влияет на тактику лечения и прогноз развития заболевания.

Итак, диагноз установлен, следовательно, необходимо переходить к терапии, учитывая стадии и характер течения заболевания, не забывая при этом индивидуальных особенностей пациента, наличие или отсутствие сопутствующей патологии и других факторов, способных повлиять на течение патологического процесса. Важно обратить внимание на то, что имеющиеся на сегодняшний день стандарты терапиипризваны обеспечить минимально–гарантированный объем диагностики и лечения, но не могут и не должны рассматриваться как «копир» для всех пациентов с данной патологией. Ведь мы лечим больного, а не болезнь. Лечение не может полностью повлиять на изменения, которые уже начались, однако лечение может контролировать симптомы и замедлить развитие болезни. Как правило, при первом обращении к врачу эти изменения незначительны, и, соблюдая определенный двигательный режим и рекомендации по реабилитации, можно предотвратить дальнейшее прогрессирование остеоартрита. Пренебрежение и промедление – худшие враги в борьбе с суставной патологией.

Терапия остеоартрита должна включать как немедикаментозные методы, так и медикаментозные. Немедикаментозная терапия должна проводиться на протяжении всего периода заболевания, а медикаментозная дополнять ее. Хирургические методы лечения, включая артроскопию и протезирование суставов, в данной статье не рассматриваются, но помнить о них необходимо, как о безальтернативном методе лечения на поздней стадии.

Лечебная гимнастика, применяемая у пациентов с остеоартритом, может играть ведущую роль в прогнозе течения заболевания при условии своевременности ее назначения и приверженности пациента к выполнению рекомендуемого комплекса упражнений в надлежащем объеме и продолжительности. При этом выбор комплекса остаётся в компетентности врача.

Учитывая важность болевого синдрома и его влияние на качество жизни пациента, меры, направленные на его уменьшение, должны иметь первостепенное значение. Так как ведущую роль в формировании боли играет воспалительный процесс, высока роль препаратов, способных уменьшить или полностью прекратить воспаление. Конечно, в голову сразу приходят препараты, относящиеся к группе НПВП. Польза от их применения огромна, но и ущерб, который они могут нанести здоровью пациента, так же велика. Особенно это касаемо пациентов старших возрастных групп, имеющих обширную сопутствующую патологию. И если раньше обращали внимание в основном на язвенно-эрозивные процессы в ЖКТ и склонность к кровотечениям, то сегодня имеются данные о негативной роли ряда НПВП в развитии энцефалопатии и даже увеличении риска развития сердечно-сосудистых катастроф.

Определенной альтернативой, способной снизить, а иногда и полностью отменить прием НПВП у пациентов с начальными проявлениями остеоартрита, является использование ЛС или БАД природного происхождения, обладающих как противовоспалительным, так и умеренным хондропротективным эффектом. Не имея выраженных побочных эффектов, подобные препараты могут быть назначены широкому кругу коморбидных пациентов при высокой приверженности последних к терапии, обусловленной ее достаточной эффективностью и хорошей переносимостью.

Предвидя определенный скептицизм аудитории при упоминании БАД, необходимо остановиться на том, что он закономерно обусловлен агрессивным сетевым маркетингом сомнительных продуктов, преподносимых в качестве панацеи от большинства заболеваний. При этом была дискредитирована рациональная идея альтернативного источника микро – и макроэлементов, необходимых для нормального функционирования организма, а следовательно, для профилактики целого ряда патологий. Кроме того, категория БАД – свидетельство их безопасности и возможности распространять препараты в супермаркетах. В нашей стране распространение БАД через аптеки может свидетельствовать об их соответствии требованиям контролируемых организаций.

Среди таких препаратов определенный интерес представляет АРТРОФИШ, разработанный и производимый в Дальневосточном регионе компанией «ФармОушен Лаб.», торговая марка «Доктор Море».

Препарат интересен в первую очередь тем, что, являясь хондропротектором Последнего поколения он помимо хорошо известных всем глюкозамина и хондроитина, имеет высокое содержание белков-ингибиторов металлопротеиназ, а также усвояемого коллагенового гидролизата, служащего основой для построения хрящевого матрикса. В основе препарата АРТРОФИШ лежат компоненты хрящевой ткани акулы, кальмара, лосося и ската, обеспечивающие суммарно высокую антипротеазную активность, превосходящую таковую в 50–100 раз в сравнении с компонентами, полученными на основе хрящевой ткани крупного рогатого скота. Другим важным преимуществом является высокая степень биодоступности морских компонентов, что обеспечивает терапевтический эффект в минимальных дозировках активных компонентов.

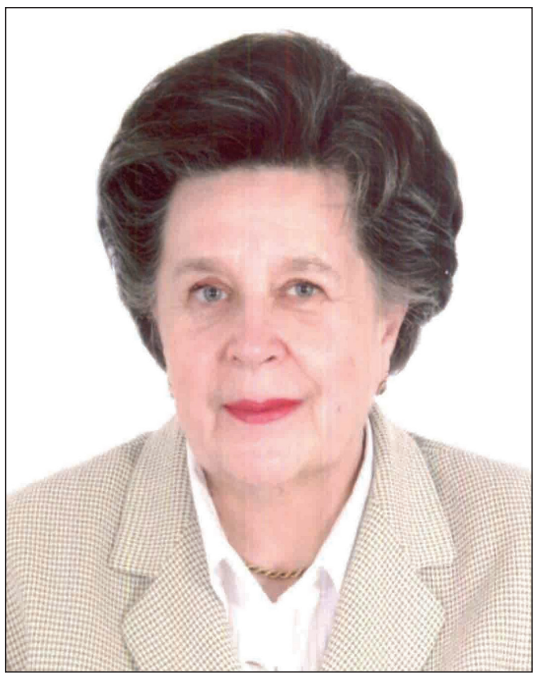
Препарат имеет доказательную базу. В Приморском центре профилактики остеопороза были проведены исследования, которые продемонстрировали эффективность препарата по таким показателям, как снижение длительности приема НПВП, улучшение активной и пассивной подвижности суставов, проявлений утренней скованности.

Имеющиеся данные позволяют говорить о возможности назначения АРТРОФИША в особенности у коморбидных пациентов и пациентов пожилого возраста, если стадия развития остеоартрита позволяет рациональное применение хондропротективной терапии.

В.В. ЦУРКО,
д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова

МУЖЧИНА И ЖЕНЩИНА

Гендерные исследования в медицине



В современной науке бурно развивается новое направление – гендерология. Как наука она формируется на базе социологических, демографических, экономических, медицинских и биологических исследований. Большой интерес наблюдается к этой важной проблеме со стороны учёных различных специальностей. Среди них – исследования межполовых различий в высшей нервной деятельности человека.

В последние годы важное место в гендерологии занимают такие проблемы, как изучение психологического статуса мужчин и женщин. В связи с накопленными большими клиническими и биологическими исследованиями в медицине начинают развиваться такие новые направления, как гендерная психология, во главе которой - изучение особенностей поведения мужчин и женщин в различных жизненных ситуациях – на работе и дома, в школе и семье.

Яркие различия были выявлены в речевых функциях мужчин и женщин. Для женщин характерна высокая беглость речи. Словом они владеют лучше, чем мужчины, произнося в 2–2,5 раза больше слов за определенный период времени.

Они по-разному строят беседу. Мужчины концентрируют свое внимание на задачах, а женщины – на отношениях между людьми. Мужчины склонны к спорам, их характеризует решительность, независимость в суждениях, стремление добиться цели. Женщины проявляют при разговоре больше гибкости, чаще соглашаются с собеседниками.

Вместе с тем мужчина лучше ориентируются на местности, более точно и быстро определяют расстояние, удаленность предмета, скорость. Мужчины значительно превосходят женщин в процессах оценки пространства, способности оценивать вращение предметов.

Во время исследований мужчины обнаруживали большее количество правильных ответов при наложение геометрической фигуры на другие рисунки, где среди многочисленных линий была нарисована геометрическая фигура. Женщины значительно быстрее находили сходства и различия при сопоставлении и анализе двух картинок с разным количеством нарисованных предметов.

У мужчин и женщин выявляются большие различия в долгосрочной и краткосрочной памяти. Мужчины обычно запоминают только то, что их интересует. Женщины помнят значительно больше событий, причем, если мужчина помнит в общих чертах встречу с друзьями, которая состоялась несколько лет назад, то женщина может вспомнить, кто во что был одет, какого цвета и фасона было платье у той или иной приглашенной гостье. У мужчин лучше развито образное мышление. Женщины отличаются хорошей пространственной памятью. Эти когнитивные особенности мужчин и женщин ученые объясняют их различной ролью в эволюции.

Эмоциональная окраска поведения у мужчин и женщин значительно различаются. Женщины более склонны выражать чувства радости, любви, смущения, печали, страха, сострадания, в то время как мужчины чаще, проявляют чувства гордости, агрессии, враждебности. Мужчины отличаются большей амбициозностью, независимостью, рациональностью, в то время как женщины чувственны, нежны, общительны.

У мужчин и женщин различаются сложные двигательные функции. У женщин наблюдаются большие преимущества в выполнении тонкой моторики рук, а у мужчин лучше представлены движения, направленные на объекты, находящиеся на некотором расстоянии, как например, прицеливание и т.д.

Психологи подчеркивают в своих исследованиях, что мужчины и женщины склонны выбирать различные варианты профессиональной деятельности. Мужчины, как правило, заняты в технических, физико-математических и политических сферах, женщины предпочитают педагогические и искусствоведческие направления работы.

Женщина лучше справляется с выполнением одновременно нескольких дел: она способна говорить, слушать, готовить обед, мужчина чаще всего предпочитает выполнять что-то одно, например, делать ремонт, чинить машину, смотреть футбол по телевизору, не отвлекаясь больше ни на какие другие дела.

Глубокое изучение общих закономерностей и особенностей течения различных нозологических болезней привело клиницистов к новому пониманию часто встречающихся «женских» и «мужских» болезней. На состояние здоровья мужчин и женщин оказывают влияние – социальные факторы, которые в ряде случаев различны.

Особенно заметны гендерные различия в течении и распространении иммунных заболеваний. В группе женщин можно встретить чаще аутоиммунные расстройства, ревматоидный артрит, тироидит, миокардит. Различается и тяжесть течения одной и той же болезни. Волчанка, например, протекает значительно тяжелее у мужчин. Тироидит встречается чаще у женщин (почти в 7–8 раз), чем у мужчин, но у мужчин протекает намного тяжелее. Инфаркт миокарда происходит у мужчин приблизительно на 10 лет раньше,. Остеопорозом и истерикой страдают в основном женщины. Различие наблюдается и при исследовании болезней системы кровообращения.

Рак легких встречается у мужчин в 20% от всех онкологических заболеваний, в то время как у женщин рак только в 3,9%, то есть практически рак легких у мужчин развивается в 5 раз чаще, чем у женщин. Рак желудка у мужчин диагностируется в 10,7%, а у женщин – в 6,9%, то есть у мужчин рак желудка встречается в 1,5 раз чаще.

Мужчины страдают подагрой в 20 раз чаще, чем женщины. По-видимому, это связано с характером питания, так

как у мужчин развитию подагры способствует алкоголь и обильная жирная мясная пища.

Еще одна опасная болезнь, которая встречается только у мужчин (Ильин Е.П., 2002). Это гемофилия, когда любая небольшая ранка приводит к длительному кровотечению и может стать причиной летального исхода. У людей, страдающих гемофилией, кровь не свертывается. В частности, этой болезнью страдал сын последнего русского царя Николая II – Алексей.

Мужчины также страдают дальтонизмом, или цветовой слепотой. При этом заболевании у людей нарушено нормальное восприятие цвета. При ряде заболеваний клиническая картина и реабилитационный период у женщин и мужчин протекает по-разному. Было показано, что при сосудистых заболеваниях головного мозга у мужчин и женщин по-разному проявляются симптомы моторной и слуховой афазии.

В ФГБНУ «Научном центре неврологии» который является ведущим неврологическим учреждением, заслуженно снискавшим большую известность и признание в нашей стране и за рубежом, были установлены гендерные различия течения и реабилитации многих нервных заболеваний. Согласно многолетним исследованиям крупнейшего невролога нашей страны, академика РАН З.А. Суслиной и академика РАН М.А. Пирадова инсульт в 1,25 раза чаще встречается у мужчин и развивается в более молодом возрасте. Процент больных, госпитализируемых в постинсультном периоде в специальные лечебные учреждения, составляет в целом от 10% до 29%, причем женщины госпитализируются в два раза чаще.

Определенные отличия наблюдаются при лечении артериальной гипертонии. Большой клинический опыт академика РАН З.А. Суслиной и академика РАН М.А. Пирадова показал, что мужчины и женщины по-разному относятся к заболеванию. Несмотря на то что эта заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин, адекватную антигипертензивную терапию получали только 5,7% мужчин в отличие от женщин, среди которых необходимые лекарства получили 17,5%, т.е. почти в 3 раза больше, чем мужчины.

По данным академика РАН М.А. Пирадова и его школы, хронической воспалительной демиелизирущей полинейропатией мужчины болеют чаще женщин, а мультифокальная моторная нейропатия является довольно редким заболеванием, возникающим у 1–2-х человек на 100 000 населения, но в 2–3 раза чаще у мужчин, чем у женщин.

Многолетний клинический опыт члена-корреспондента РАН С.Н. Иллариошкина показал, что дисгамаглобулинемическая невропатия, характеризующаяся поздним началом и медленным прогрессированием, в основном встречается среди мужчин. Различные типы тремора, например, кинетический, встречается в разной степени у мужчин и женщин. Среди больных с психогенным тремором преобладают женщины (соотношение женщин и мужчин – 1,7). Краниальная дистония – довольно редкое заболевание, однако соотношение мужчин и женщин – 1:3. Дисгамаглобулинемическая невропатия, характеризующаяся поздним началом и медленным прогрессированием, в основном встречается среди мужчин.

Рассеянный склероз наблюдается приблизительно в 1,5–2 раза чаще у женщин. Анализ заболеваемости по всем эпидемиологическим исследованиям в мире показал, что в период с 1966 по 2003 гг. средняя заболеваемость рассеянным склерозом во всем мире составлял 3,6 случаев на 100 000 населения для женщин и 2 случая для мужчин.

Мужчины в большей степени подвержены шизофрении и болезни Паркинсона, а женщины – истерии и болезни Альцгеймера. Современные исследования говорят о развитии гендерной психиатрии. Ученые пришли к выводу, что мужчины и женщины болеют шизофренией по-разному, они выдвинули предложение проводить лечение шизофрении с учетом пола пациента. Женщины в 2 раза чаще страдают от депрессии, тревожности. Мужчины совершают в 3 раза чаще самоубийства.

Развивается совершенно новое направление в медицине – гендерная фармакология, которая предлагает разрабатывать и рассматривать различные схемы лечения для мужчин и женщин, учитывая их специфическую восприимчивость к тем или иным лекарствам. Клинико-фармакологические исследования, показывают четкие различия состояния мужчин и женщин после приема в восприятии разных фармакологических веществ. Бета-блокаторы снижают память на травматические события у женщин, но практически не действуют на память мужчин. Многие работы свидетельствуют, что серотонин вырабатывается в головном мозге мужчин больше на 52%, чем у женщин, что, возможно, является одной из причин более частого развития депрессий у женщин. Совершенно различная картина у мужчин и женщин наблюдается при наркомании. В восприимчивости к психическим стимуляторам, например, кокаину и аметимину у женщин, и это позволяет понять, почему у женщин развивается более быстрая наркотическая зависимость по сравнению с мужчинами.

Современные исследования показали разную степень восприимчивости мужчин и женщин к некоторым лекарствам, например, аспирину, антибиотикам, парацетамолу, болеутоляющим. В связи с этим перед фармакологами встала реальная задача – определить особенности воздействия того или иного лекарства на мужской и женский организмы для выработки наиболее адекватной схемы лечения.

Развивается новое направление в науке о мозге – гендерная нейроморфология, цель которой исследование особенностей и важнейших различий в структурной организации мозга обоих полов. В лаборатории анатомии и архитектоники ФГБНУ «Научного центра неврологии» под руководством академика РАН И.Н. Боголеповой впервые было установлено, что гендерные различия строения мозга человека представляют собой сложную систему, включающую особенности макроскопического, цитоархитектонического и глиоархитектонического строения мозга. Результаты цитоархитектонических исследований могут служить теоретической базой для понимания особенностей когнитивной деятельности мозга.

Проблема гендерных различий формирования мозга мужчин и женщин и гендерных особенностей его строения требует дальнейшего изучения с привлечением специалистов различных научных профилей.

И.Н.БОГОЛЕПОВА,
академик РАН, д.м.н,проф.,зав. лаб. анатомии
и архитектоники отдела исследований мозга
ФГБНУ НЦН

SOVERO press

ГАЗЕТА ИНТЕРФАРММЕДИКА СПЕЦВЫПУСК

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Генеральный директор
В.Б. Тараторкин

Зам. генерального директора
К.А. Бабаскина

Редакция газеты
«ИНТЕРФАРММЕДИКА»

Главный редактор
М.О. Бочарова

Зам. главного редактора
М.И. Лаптева

Верстка
Е.С. Ардисламова

Редактор
С.М. Сосновская

Спецкор. по Северо-Западному Федеральному округу
С. Петрова

Служба маркетинга, PR, рекламы и распространения

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

©Дизайн ЗАО «РКИ Соверо пресс»

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

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-35244

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

Тираж 10 000 экз.

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

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