



**ЭКСПРЕСС-ТЕСТ
НА ИНФАРКТ
МИОКАРДА.**

4 стр.

**Пост
ДИПЛОМ**

Непрерывное
профессиональное
развитие

ВЫПУСК ЧЕТВЕРТЫЙ

8–9 стр.



**РАЗВЕ ДЕНЬГИ
ДЕЛАЮТ НАС
СЧАСТЛИВЫМИ?**

16 стр.

Г А З Е Т А

ИНТЕРФАРММЕДИКА

СПЕЦВЫПУСК

Издается с 2008 года

7–9 ноября 2012 года



VII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ



Сегодня в Москве в Международном выставочном центре Крокос Экспо открывается VII Национальный конгресс терапевтов. Свою главную задачу медицинское сообщество видит в непрерывном повышении профессионального уровня врачей-терапевтов нашей страны.

Следуя сложившейся доброй традиции, в этом году конгресс посвящен 130-летию со дня рождения выдающегося отечественного терапевта, академика Владимира Никитича Виноградова.

УНИВЕРСИТЕТ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ

Российскому научному медицинскому обществу терапевтов (РНМОТ) уже более 100 лет. На рубеже XX–XXI веков оно претерпело печальный застой и лишь в последние годы вновь стало обретать развитие. Идеологом этого возрождения считается доктор медицинских наук, член-корреспондент РАМН, главный клинический фармаколог Росздравнадзора, профессор **Юрий Борисович БЕЛОУСОВ**, возглавляющий общество с 2008 г. О достижениях сегодняшнего дня и задачах на будущее, о роли клинической фармакологии в работе современного врача Юрий Борисович рассказывает газете «Интерфарммедика».

Ежегодно конгресс посвящается одному из выдающихся отечественных терапевтов прошлых лет. На этот раз выбор пал на академика Владимира Никитича Виноградова. Что связано для вас с его именем?

Лично я не был знаком с Владимиром Никитичем. Однако большинство организаторов и почетных гостей конгресса – воспитанники той или иной знаменитой терапевтической школы, среди которых одной из ведущих, несомненно, была школа В.Н. Виноградова.

Последние два десятилетия наше общество стало буквально чахнуть. Были утеряны и атмосфера единения и сплоченности, царившая в свое время в кругах терапевтов, и даже само понимание терапевта как ключевого звена практической медицины. Именно поэтому 6 лет назад вместе с коллегами мы решили его «реанимировать». Одной из задач стала консолидация всех региональных обществ терапевтов, каждое из

которых диктовало свою политику, порой абсолютно самостоятельно и даже самонадеянно.

На сегодняшний день прошло уже 6 съездов общества. Каждый из них посвящен актуальным вопросам диагностики и лечения заболеваний разных органов и систем. Особой популярностью пользуются клинические «школы», посвященные избранной тематике – например, диагностике и лечению гиперлипидемии, артериальной гипертензии, тяжелой бронхиальной астмы, ХОБЛ, ревматоидного артрита и т.д. В каком-то смысле общество стало единственным в своем роде «университетом для терапевтов». Храня традиции лучших медицинских школ и величайших врачей прошлого, мы стремимся объединить все самые надежные знания в современной терапии.

Развитие Российского общества терапевтов – далеко не единственная ваша заслуга. Вы стояли у истоков становления конгресса «Человек и лекарство», являетесь вице-президентом Российского общества клинических фармакологов и фармацевтов, Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, председателем президиума Российского общества клинических исследователей. Какое влияние все они оказывают на работу врачей?

Конгресс «Человек и лекарство» – одно из главных событий в современной российской медицине. Я принимал участие в его создании совместно с академиком Александром Григорьевичем Чучалиным, но в определенный момент понял, что больше идей и начинаний дать конгрессу не смогу. Поэтому сосредоточил усилия на раз-

(Продолжение на 2 стр.)

РНМОТ – ВАЖНЫЕ СОБЫТИЯ 2012 г.

XI конгресс терапевтов Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа РФ

20–21 марта, Санкт-Петербург

Научная программа конгресса включала в себя лекции и симпозиумы по различным терапевтическим направлениям: гастроэнтерологии, пульмонологии, кардиологии, неврологии, инфекционным болезням.

Тема пленарного заседания – «Доступность и эффективность терапевтической помощи – необходимые условия сохранения здоровья россиян», где обсуждалось содержание и ход выполнения нового закона о здравоохранении.

В ходе конгресса проведены семинары и школы по основным разделам внутренней медицины: кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, ревматологии, эндокринологии, прочитаны лекции по смежным с терапией специальностям.

VI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ

12–13 апреля, Ярославль

Программа включала 12 симпозиумов по наиболее актуальным вопросам внутренних болезней, 4 лекции, мастер-класс по дифференциальной диагностике заболеваний печени, семинар по клинической липидологии, образовательный проект «Архив интерниста».

(Продолжение на 2 стр.)

ВЕЛИКИЙ ВРАЧ, БЛЕСТЯЩИЙ ПЕДАГОГ



Лекции Виноградова отличались ясностью, четкостью изложения.

Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) уже несколько лет развивает замечательную традицию: каждый свой конгресс посвящает выдающемуся отечественному терапевту. На этот раз имя ему – Владимир Никитич Виноградов. Великий врач, блестящий педагог, удивительный человек. В этом году исполняется 130 лет со дня его рождения.

Владимир Виноградов родился 12 марта 1882 г. в городе Ельце Орловской губернии в семье железнодорожного служащего. С момента отмены крепостного права прошел всего 21 год. В условиях царской России молодой человек окончил городское училище, гимназию, а в 1907 г. – с отличием медицинский факультет Московского университета. Терапевтические клиники Девичьего поля были проникнуты тогда идеями виднейших профессоров того времени Григория Антоновича Захарына и Алексея Александровича Остроумова.

Во время русско-японской войны Виноградов, еще будучи студентом, работал фельдшером и за «неустранимую храбрость» в бою против неприятеля был награжден Георгиевским крестом. С таким жизненным

багажом он начал свою врачебную деятельность, работая в качестве экстерна, сверхштатным ординатором факультетской терапевтической клиники медицинского факультета Московского университета. В 1910 г. Владимир Никитич был зачислен штатным ординатором той же клиники, руководимой в то время талантливым и опытным клиницистом, профессором Л.Е. Голубининым. В этот период значительно расширились лабораторные исследования (бактериологические, биохимические и серологические), были введены новые методы функциональной диагностики, начали применять электрокардиографию, впервые при туберкулезе легких был наложен пневмоторакс.

Два года спустя В.Н. Виноградов был избран ассистентом пропедевтической клиники бывших женских курсов медицинского факультета II Московского университета (ныне РНИМУ им. Н.И. Пирогова), проработав в этой должности до 1921 г. В это время он возвращается в факультетскую терапевтическую клинику I Московского университета, где сначала работает в качестве ассистента, а с 1924 г. – в должности старшего ассистента. Одновременно он успевает заведовать клиникой профессиональных заболеваний медицинского факультета I Московского университета.

За этими сухими анкетными данными стоит потрясающий труд врача, преподавателя и ученого.

В 1928 г., после смерти заведующего кафедрой факультетской терапевтической клиники I Московского университета Михаила Иосифовича Вихерта, В.Н. Виноградов около года руководил этой кафедрой. Затем на должность заведующего кафедрой избирается

(Продолжение на 6 стр.)



УНИВЕРСИТЕТ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ



(Окончание. Начало на 1 стр.)

вители Российского общества терапевтов и организации его ежегодных съездов. Это крайне увлекательный процесс. Зачастую к нам присаживают совершенно «стерильные» терапевты, которые посещают все мероприятия, школы и разборы буквально с открытым ртом.

В большинстве случаев это не их вина. Если это сельские врачи, то ни учреждения, в которых они работают, ни тем более они сами не могут найти средств, чтобы выписывать себе то множество журналов, по которым сегодня разбросаны важные статьи, или актуальную медицинскую литературу. Поэтому образование российских врачей пока разворачивается на площадке конгрессов. И видеть, с каким интересом и вниманием они относятся к новой информации, невероятно лестно.

На конгрессе многие мероприятия будут посвящены вопросам клинической фармакологии. Чем важны эти знания для современного практикующего врача?

Клиническая фармакология – практически синоним качественной клинической практики. Любому врачу должно быть известно, в каких случаях и в каких комбинациях можно использовать тот или иной препарат, а в каких – категорически нельзя. Важно понимать возрастные особенности медикаментозного лечения: так, лица старше 65 лет должны получать половину дозы – это справедливо практически для всех лекарств. Наконец, неисчерпаемый источник проблем и заблуждений – нежелательные явления, а они есть у всех препаратов. Самый простой и известный пример – язвенное действие аспирина. Каждый грамотный врач предотвратит его, назначив, к примеру, препарат из группы блокаторов протонной помпы. Учитывать врачей применять эту тактику и в более сложных случаях – наша задача.

Кроме того, мы планируем широко осветить и организационные, и этические подходы к назначению препаратов, о чем также важно иметь четкое представление. Например, в современных условиях врач не должен давать даже самое простое лекарство пациенту, не получив от него письменного согласия. Если согласия не может дать сам пациент, это должны сделать его ближайшие родственники. При любом инструментальном обследовании, а тем более хирургическом вмешательстве, это выполняется уже автоматически. В большинстве крупных московских больниц и клиник существуют этические комитеты, которые разбирают все сложные случаи использования лекарственных препаратов. Внедрение этого принципа в терапевтическую практику протекает все еще довольно вяло. Поэтому преодоление этого барьера – одна из частных задач нашего общества.

Расскажите о главных событиях, происходящих сегодня в области фундаментальной фармакологии.

Сейчас весь мир занимается созданием лекарств на биотехнологической основе. В ближайшие годы они могут целиком вытеснить препараты, получаемые химическим синтезом. Например, такие, как инсулин и соматотропный гормон, сегодня повсеместно получают биотехнологически. Это область, близкая к нанотехнологиям, и практически весь фармакологический мир – биологи, биофизики, биохимики – увлечены этой идеей. А главное – биотехнологические препараты высокоэффективны и в лечении орфанных (редких) болезней, лекарств для которых очень мало. В России биотехнология – пока явление

довольно редкое, а импортные препараты стоят немалых денег.

Какова судьба фармацевтического бизнеса в России?

Министерство здравоохранения активно способствует развитию в России рынка дженериков. По определению дженерик и оригинальный препарат должны быть полностью терапевтически эквивалентны – то есть должны обладать одинаковой эффективностью и профилем безопасности. На первый взгляд, это действительно очень выгодное направление, поскольку использование дженериков очевидно позволяет оказать помощь большому количеству больных при существенно меньших затратах. Однако на практике камнем преткновения, как это часто бывает, оказывается вопрос качества.

Сегодня нет никакой гарантии, что дженерики, продающиеся в российских аптеках и назначаемые нашим пациентам, действительно взаимозаменяемы с оригинальными препаратами. Этому есть несколько причин. Во-первых, поскольку стоимость действующих компонентов препарата составляет порядка половины его себестоимости, часто производители выбирают недорогие компоненты, производимые в странах, где контроль качества затруднен. Качество вспомогательных веществ также играет большую роль: любое изменение в их свойствах по сравнению со стандартом оригинала может существенно отразиться на эффективности и безопасности конечного продукта. Влиять на последние может и форма выпуска препарата: химические взаимодействия с поверхностью контейнера также иногда отражаются на качестве.

В России не существует унифицированного контроля всех этапов производства дженериков. А по статистике доля дженериков на фармацевтическом рынке нашей страны уже составляет примерно 75–80% – сравните с 20% в США и 35% в Германии. Это вовсе не означает, что все дженерики обладают низким качеством, но этот фактор неконтролируем, непредсказуем и, в общем-то, лежит на совести производителя.

Стоит заметить, что даже крупнейшие мировые регуляторные агентства допускают некоторые отклонения биодоступности дженерика по сравнению с оригинальным препаратом: FDA оценивает их как 20%; в Европе правила чуть более строги. Однако для лекарственных средств с узким терапевтическим индексом недопустимы даже такие отклонения, поскольку они могут серьезно отразиться на течении заболевания. Использование дженериков – вопрос очень тонкий, и нужно осознавать, что перспективы их применения не являются исключительно радужными, как полагают многие в нашей стране.

Помимо счастливого номера 7, под которым проходит нынешний конгресс, этот год знаменателен для Российского общества терапевтов важным юбилеем: 23 сентября вы отметили 70-летие. Что вы считаете своим главным достижением?

Оглядываясь назад, неизбежно подводишь итог прожитых лет. Мне в жизни очень повезло: у меня необыкновенно интересная профессия, которую я очень люблю и в которой я смог достичь многого. Это невероятно важно: я встречал немало людей, которым так и не удалось найти свое дело. И знать, что мое имя напрямую связывают с клинической фармакологией в России – большое счастье.

Многим я обязан чтению. Необходимо читать, причем читать как можно больше. Убежден, что хороший врач – всесторонне образованный врач – обязан прочитывать как минимум одну медицинскую статью в день, иначе наступит регресс. Но одной литературы по специальности недостаточно: важно читать книги. Во времена великих терапевтов – Владимира Харитоновича Василенко, Владимира Никитича Виноградова, Евгения Михайловича Тареева, моего учителя Павла Евгеньевича Лукомского – не было ни высоких технологий, ни мгновенного доступа к электронным источникам знаний, но образованию великих терапевтов мог позавидовать любой из наших современников.

У академика Виноградова было 104 ученика. Каждый год они собираются вместе, чтобы вспомнить своего учителя, который из многих человеческих качеств передал им важнейшее – обстоятельность. Сто четыре ученика! Едва ли десять ведущих терапевтов наших дней, вместе взятые, воспитали столько же.

Беседу вели

М.О. БОЧАРОВА, В.Б. ТАРАТОРКИН

РНМОТ – ВАЖНЫЕ СОБЫТИЯ 2012 г.

(Окончание. Начало на 1 стр.)

Основными темами научной программы были:

- болевой синдром в практике терапевта;
- современные технологии диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний;
- лечение расстройств центральной нервной системы;
- эффективность и безопасность лекарственных средств;
- диагностика и лечение заболеваний органов дыхания;
- сочетанная патология в терапевтической практике.

I съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа РФ

24–25 мая, Ставрополь

В работе съезда приняли участие ученые-медики из Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Краснодара, Новгорода, из республик СКФО и терапевты всех субъектов округа.

В научную программу были включены:

- современные диагностические технологии в практике врача-терапевта;
- актуальные вопросы современной кардиологии, гастроэнтерологии, нефрологии, ревматологии, пульмонологии, неврологии, эндокринологии в общеклинической практике;
- современные тенденции антибактериальной терапии в терапевтической практике;
- артериальные и венозные тромбозы: профилактика и лечение;
- создание и внедрение клинических рекомендаций и стандартов лечения основных терапевтических заболеваний.

VI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ

7–8 июня, Курск

Конференция была посвящена 130-летию со дня рождения выдающегося отечественного терапевта профессора В.Н. Виноградова и проводилась в рамках образовательной программы РНМОТ с целью повышения профессионального уровня врачей-терапевтов.

Выступили ведущие специалисты страны – академики и профессора научно-исследовательских центров и вузов Москвы, Санкт-Петербурга, Воронежа и ученые КГМУ. Работа конференции сопровождалась выставкой производителей фармацевтической продукции, медицинского оборудования, изделий медицинского назначения.

III съезд терапевтов Сибири и Дальнего Востока

20–21 сентября, Новосибирск

В ходе работы съезда было сделано более 150 сообщений ведущих специалистов России и регионов СФО по актуальным вопросам диагностики и лечения внутренних болезней: кардиологической патологии, эндокринных нарушений, заболеваний почек, печени, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, крови.

Основными направлениями научной программы были:

- фундаментальные исследования в области терапии;
- совершенствование организации, новые технологии и межотраслевые

(Продолжение на 5 стр.)

НА ПОРОГЕ НОВОЙ ЭРЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Резистентная артериальная гипертензия (РАГ) может составлять до 10–15% среди всех случаев артериальной гипертензии (АГ) в общей популяции. Эта форма гипертензии характеризуется быстрым темпом поражения органов-мишеней, очень высоким риском потенциально фатальных осложнений. В реальной клинической практике эффективность высокодозовой комбинированной антигипертензивной терапии при лечении РАГ зачастую оказывается далека от желаемой. В связи с этим сохраняется актуальность поиска принципиально новых подходов к лечению РАГ, направленных как на достижение устойчивого снижения систолического и диастолического АД, так и на предупреждение трансформации РАГ в злокачественную, прогноз которой всегда крайне неблагоприятен.

Симпатическая гиперактивация играет важную роль в развитии и прогрессировании АГ. Расстройства нормальных взаимоотношений между рефлексом, замыкающимися на почечные симпатические нервы, могут, по крайней мере, частично объяснить патогенез генетически детерминированных форм АГ, интерпретируемых как эссенциальные. У больных РАГ усилен симпатическая стимуляция почек, в которых вырабатывается избыток нейромедиатора – норадреналина, необходимого для передачи симпатических импульсов в нервных клетках, расположенных в почечных артериях.

У гипертоников по непонятным пока причинам формируется замкнутый круг – чем выше давление, тем больше симпатическая стимуляция почек. При избыточном синтезе часть норадреналина «вымывается» из почки и попадает в системный кровоток, приводя к резкому повышению АД. Фармакологическая модуляция активности симпатической нервной системы пока носит только неселективный характер и поэтому сопряжена со значительным числом нежелательных явлений. Прогностическая эффективность таргетных стратегий (например, агонистов 11-имидазолиновых рецепторов) пока противоречива и их рассматривают лишь в ряду дополнительных методов лечения, а препаратов, влияющих на это звено формирования стойкой гипертензии, нет.

Поскольку афферентные и эфферентные симпатические нервные волокна, иннервирующие почку, проходят непосредственно в стенке главной почечной артерии (точнее, в адвентициальном слое стенки артерии), можно вызвать их разрушение без нарушения иннервации органов брюшной полости и нижних конечностей.

История метода берет начало в первой четверти XX века, когда в 1924 г. знаменитый американский нейрохирург Альфред Адсон сделал молодому человеку, страдающему злокачественной гипертензией, необычную операцию – рассек скальпелем часть нервных волокон вокруг его левой бедренной артерии. Рассудив, что стойкая гипертензия происходит из-за постоянного возбуждения симпатической нервной системы, связанного с ускорением и усилением сердечных сокращений, сужением мелких артерий брюшных органов, легких и мозга, Адсон попытался это возбуждение уменьшить. Для этого и рассек нервные волокна: по ним проходили импульсы возбуждения симпатической нервной системы. Опыт увенчался успехом. В том же году Адсон прооперировал еще одного пациента, на этот раз перерезав симпатические нервные волокна в другой части тела. За два десятка лет после первого эксперимента, проведенного Адсоном, только в США прооперировали более 5 тыс. больных злокачественной гипертензией – симпатические нервы рассекли в самых разных комбинациях. На современном этапе, благодаря развитию высокотехнологических методов, «почечная симпатэктомия» достигается, в частности, радиочастотной абляцией (РЧА) почечных симпатических нервов.

Малоинвазивная процедура симпатической денервации почек проводится под местным обезболиванием с помощью катетера, который подводится к почечным артериям с помощью пункции и катетеризации бедренной артерии. Абляция в почечных артериях проводится в легкодоступных зонах, под рентгеновским контролем. Процедура длится менее часа, по предварительным наблюдениям, достаточно безопасна и хорошо переносится больными.

Безопасность данного метода симпатической денервации почек и его антигипертензивная эффективность была изучена в небольшом клиническом исследовании, проведенном учеными США, Австралии, Германии и Польши, результаты которого были опубликованы в журнале «The Lancet» (2009).

В исследовании участвовали 50 пациентов с резистентной АГ при скорости клубочковой фильтрации (СКФ) не менее 45 мл/мин/1,73 м². Пятеро больных были исключены из-за анатомических особенностей (преимущественно из-за удвоения почечных артерий, затрудняющих выполнение вмешательства). Процедура сопровождалась диффузной висцеральной болью без иррадиации, которая была купирована внутривенным введением наркотических анальгетиков и седативных средств. Только у одного больного отмечена диссекция почечной артерии, развившаяся при проведении катетера до начала РЧА и устраненная имплантацией стента. Наиболее распространенным осложнением у незначительного числа пациентов была болезненность и припухлость в области паха. Ухудшения функции почек не отмечено.

(Продолжение на 3 стр.)



(Окончание. Начало на 2 стр.)

Продолжительность наблюдения после чрескожной катетерной РЧА почечных симпатических нервов составила один год. Ангиография почечных артерий выполнялась исходно, немедленно после и через 14–30 дней после вмешательства. Спустя 6 месяцев после него, проводили также магнитно-резонансную ангиографию. Исходное АД у леченых пациентов составило 177±20/101±15 мм рт. ст., расчетная СКФ – 81±21 мл/мин/1,73 м². Спустя 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев, АД у пациентов, подвергнутых радиочастотной катетерной почечной симпатэтомии, снизилось на 14/10, 21/10, 22/11, 24/11 и 27/17 мм рт. ст. У 5 нелеченых пациентов через 1, 3, 6 и 9 месяцев АД возросло на 3/2, 2/3, 14/9 и 15/17 мм рт. ст. соответственно.

Катетерная симпатическая денервация почек привела к значительному антигипертензивному эффекту у большинства участников исследования, имевших резистентную АГ, без риска серьезных нежелательных явлений.

Устранение гиперактивности симпатической нервной системы, в частности, ее «почечной» составляющей – воздействие на один из фундаментальных методов становления и нарастания многих вариантов АГ.

Безусловно, методика будет совершенствоваться, более четко будут определены показания, однако имеющийся опыт позволяет надеяться, что за ней большое будущее. Вопрос в том, применима ли РЧА во всех случаях повышения АД, или ее следует проводить только у больных с резистентными формами артериальной гипертензии. На сегодняшний день данное вмешательство показано пациентам с резистентной АГ, особенно при плохой переносимости комбинации препаратов и развитии побочных эффектов. Понятно, что обсуждать его следует лишь в ситуации, когда удается исключить потенциально устранимые причины РАГ, в частности, «гипертонии белого халата», заведомо неадекватную антигипертензивную терапию, некоторые вторичные формы АГ (стенозирующее поражение почечных артерий, хронические заболевания почек, первичный гиперальдостеронизм, феохромоцитоз).

Сегодня с помощью катетеров мы научились лечить ИБС, заболевания сосудов головного мозга, артерий нижних конечностей, аневризму аорты, пороки сердца, аритмии и многое другое. Кто знает, быть может мы на пороге новой эры, эры радикального лечения самого распространенного в мире заболевания у взрослых – артериальной гипертензии?

А.М. БАБУНАШВИЛИ,

докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии РУДН, зав. операционной рентгенохирургических методов диагностики и лечения Центра эндохирургии и литотрипсии

ЛИПИДОЛОГИЯ НА ПЕРЕКРЕСТКЕ НАУК

Понятие «липидология» сформировалось сравнительно недавно. Это связано с появлением множества новых доказательств того, что два процесса – атеросклероз и развивающиеся метаболические нарушения, лежащие в основе большинства сердечно-сосудистых заболеваний, – тесно связаны друг с другом. Не секрет, что на их долю ежегодно приходится до 57% от всего числа летальных исходов среди лиц трудоспособного возраста. Поэтому своевременная диагностика нарушений липидного обмена – принципиально значимый раздел клиники внутренних болезней, с которой прежде всего сталкиваются врачи-терапевты.

Важным шагом к решению задач диагностики является первичная профилактика факторов риска. Она включает, с одной стороны, выявление лиц, имеющих предрасположенность к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на основе данных семейного анамнеза и наличия факторов риска: повышенного уровня холестерина, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов и глюкозы, повышенного артериального давления, избыточного веса и ожирения. С другой стороны, задачи профилактики требуют пропаганды здорового образа жизни и культуры питания, информирования населения, начиная с детского и школьного возраста, и своевременно проведение медикаментозной терапии.

Дислипидемия – эпидемия века. Это одна из значимых причин развития атеросклеротических заболеваний коронарных, церебральных артерий, брюшной аорты и непарных висцеральных ветвей (чревного ствола и брыжеечных артерий), почечных артерий, легочной артерии, артерий нижних конечностей, метаболических нарушений в органах пищеварения с развитием неалкогольного стеатоза печени, жирового липоматоза поджелудочной железы, холестериноза желчного пузыря, желчнокаменной болезни, метаболического синдрома, полипозов, поликистоза яичников, вестибулопатии, развития эректильной дисфункции у мужчин и т.д. Атерогенные ДЛП могут развиваться в результате аномалий генов, которые регулируют функции рецепторов, ферментов или транспорт белков, участвующих в липидном обмене. В этих случаях они проявляются как семейные (наследственные) нарушения липидного метаболизма и относятся к первичным или моногенным ДЛП.

В настоящее время в качестве стандартной номенклатуры используется классификация Фредриксона, утвержденная ВОЗ в 1970 г. в качестве международной. В повседневной практике врач чаще встречается с гиперлипидемией IIa, IIb и IV типов. Наиболее частыми причинами вторичных ДЛП являются прием неселективных бета-блокаторов, эстрогенов, кортикостероидов, анаболических стероидов, циклоспоринов, диуретиков, а также СД 2 типа, ХПН, нефротический синдром, гипотиреоз, гиперурикемия, ожирение, избыточное употребление алкоголя, холестаза, беременность, липодистрофия. Аутоиммунные заболевания, включая ревматоидный артрит, СКВ, псориаз и антифосфолипидный синдром, сопровождаются воспалительным

вакулитом, эндотелиальной дисфункцией на фоне ДЛП и развитием прогрессирующего атеросклероза и, соответственно, повышенной заболеваемостью и смертностью от сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с общей популяцией. Предполагается, что иммунная система участвует в патогенезе атеросклероза, а воспалительные компоненты иммунного ответа, аутоиммунные элементы реакции (например, аутоантитела, аутоантигены и аутореактивные лимфоциты) способствуют развитию и прогрессированию атеросклероза.

В настоящее время увеличивается количество пациентов, страдающих хроническими заболеваниями почек (ХЗП). У таких пациентов липидный профиль характеризуется количественными и качественными отклонениями от нормы, которые еще больше усугубляются по мере снижения скорости клубочковой фильтрации, достигая максимальной выраженности у пациентов на терминальной стадии заболевания почек. Обычно ДЛП проявляется повышением уровня триглицеридов (ТГ) и снижением уровня Х-ЛПВП. Изменения уровня ОХ и Х-ЛПНП менее выражены у пациентов с ХЗП на 1–2 стадии, для большинства пациентов с ХЗП 3–5 стадии характерна смешанная ДЛП, а липидный профиль характеризуется высокой атерогенностью с нежелательными изменениями всех фракций липопротеинов.

Заболевания периферических артерий являются частым проявлением атеросклероза и обычно имеют несколько локализаций, включая бассейн сонной артерии, грудной и брюшной отделы аорты, непарные висцеральные ветви – чревной ствол и брыжеечные артерии с развитием абдоминальной ишемической болезни и такими осложнениями, как язвенная болезнь желудка, ишемическая гепатопатия, ишемическая панкреатопатия и энтероколит; почечные артерии с развитием ишемической болезни почек и симптоматической АГ; артерии нижних конечностей с ишемической болезнью нижних конечностей, являющейся эквивалентом ИБС, при которой пациенты отнесены к категории высокого сердечно-сосудистого риска. Разграничение пациентов по категории риска необходимо для определения тактики липид-корректирующей терапии и целевых значений липидов и липопротеидов. Скринингу для диагностики ДЛП подлежат все мужчины старше 35 лет и женщины старше 45 лет, его необходимо проводить как при обращении к врачу независимо от повода, так и в порядке периодических профилактических осмотров. У этой категории лиц рекомендуется определять концентрацию общего холестерина. При нормальном его значении, анализ повторяют один раз в 5 лет. Если концентрация ОХ больше 5 ммоль/л, необходимо назначить развернутый липидный спектр – ОХС, триглицериды, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, определить риск осложнений по шкале SCORE, дать рекомендации по изменению образа жизни, питания, при необходимости назначить медикаментозную терапию для достижения целевых уровней липидных показателей. У мужчин 20–35 лет и женщин 20–45 лет скрининг с развернутой липидограммой рекомендуется проводить при наличии СД 2 типа, отягощенной по сердечно-сосудистой системе наследственности, семейного анамнеза, предполагающего наследственную гиперлипидемию.

Вместе с тем, несмотря на высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений и летальность, пациенты с ДЛП, факторами риска и верифицированным атеросклеротическим заболеванием периферических артерий, перенесшие операцию по реваскуляризации сосудистого бассейна, зачастую получают недостаточно адекватное лечение по сравнению с пациентами, страдающими коронарной патологией, или вообще не получают липид-корректирующей терапии. Лечение ДЛП и обусловленных ею заболеваний, несмотря на ежегодное появление на фармакологическом рынке новых препаратов и схем лечения, по-прежнему представляет сложную задачу. Причина – в порочном методологическом подходе к лечению ДЛП, не изменившемся за многие годы: кратковременная (2–6 месяцев) лекарственная терапия эффективными холестеринснижающими препаратами не способна за столь короткое время нормализовать морфофункциональные нарушения в органах–мишенях (артериях, печени, желчном пузыре и т.д.). С другой стороны, часто лечение ограничивается только воздействием на орган–мишень (к примеру, реконструктивно-восстановительные операции на артериях при атеросклерозе или холецистэктомия при желчнокаменной болезни), а ДЛП как метаболической проблеме всего организма не уделяется достаточного внимания. Однако ДЛП – понятие не нозологическое, а этиопатогенетическое, оно представляет системную патологическую реакцию организма на основе нарушений липидного обмена. Тяжесть состояния пациента обусловлена общими дисметаболическими расстройствами и нарушениями функций конкретного органа–мишени. Независимо от нозологии, изменения метаболизма при ДЛП носят системный характер и сопровождаются нарушениями различных функций печени, которая становится главным органом–мишенью. Основную роль в развитии морфофункциональных изменений печени играет ее ретикулоэндотелиальная система, действующая в тесной взаимосвязи с микрофлорой желудочно–кишечного тракта, тем самым нарушая природный механизм холестеринного гомеостаза – энтерогепатическую циркуляцию желчных кислот – и способствуя развитию в последствии большинства патологических изменений в печени и прогрессированию ДЛП. Восстановление энтерогепатической циркуляции желчных кислот различными консервативными методами, с моей точки зрения, является наиболее перспективным направлением в лечении нарушений липидного метаболизма. Нарушение липидного обмена сопровождается вовлечением иммунной, гепатобилиарной и энтерогепатической, эндотелиальной функций – то есть имеет мультидисциплинарный характер.

Таким образом, причины увеличения заболеваемости ДЛП и ассоциированными метаболическими нарушениями лежат в отсутствии полноценной профилактической работы, незнании или нежелании населения предпринимать профилактические меры для предупреждения этих заболеваний и их осложнений. Кроме того, значительно снижены возможности льготного назначения гиполипидемических препаратов даже пациентам высокого и очень высокого риска, перенесшим инфаркт миокарда, инсульт, операции реваскуляризации того или иного сосудистого бассейна, спорными остаются вопросы по коррекции дислипидемии современными гиполипидемическими препаратами у пациентов с гепатобилиарными нарушениями и при системных заболеваниях. Поэтому работа по первичной, да и вторичной профилактике, формированию у населения навыков здорового образа жизни, культуры питания, имеет огромное значение и требует колоссальных усилий со стороны как медицинского сообщества, так и организаторов здравоохранения. Для успешных действий по профилактике ССЗ необходимы определенные условия: создание инфраструктуры для осуществления дей-

ствий по укреплению здоровья и профилактике ССЗ; укомплектованность этой структуры профессиональными кадрами; обеспечение техническими и финансовыми ресурсами. Во многом исправить такое положение, по моему мнению, призвана реализация программы по созданию региональных липидных центров, клиник с новыми принципами организации здравоохранения. Липидные клиники должны соответствовать принципам ПППМ – предиктивной, превентивной и персонализированной медицины, то есть учитывать индивидуальный профиль каждого пациента, включая различные уровни обследования – целлюлярный, молекулярный, генетический, физиологический.

В практическом здравоохранении первичную и вторичную профилактику должны проводить, прежде всего, врачи первичного звена – терапевты. Молодая волна специалистов терапевтов–липидологов должна иметь возможность пользоваться не только всей доступной современной информацией, но и современными методами диагностики и лечения.

Поэтому можно сказать, что инициативу создания и проведения в рамках текущего конгресса Школы по липидологии для врачей-терапевтов первичного звена предложила сама жизнь. Без сомнения, она позволит ответить на многие спорные вопросы, возникающие у врачей различных специальностей, и выработать оптимальные и модифицированные подходы к профилактике и лечению больных с дислипидемией.

О.Ш. ОЙНОТКИНОВА,

профессор, председатель секции липидологии и ассоциированных метаболических заболеваний РНМОТ

СИПАП-ТЕРАПИЯ ПРОТИВ АПНОЭ СНА

Нарушения дыхания во время сна стали объектом пристального внимания в 1980 годы, когда были проведены серьезные исследования их распространенности, оценен вклад в развитие патологии внутренних органов и разработаны эффективные подходы к лечению. Распространенность синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) составляет 5–7% случаев в популяции людей старше 30 лет; тяжелые формы заболевания встречаются у 1–2%; из них у лиц старше 60 лет частота СОАС значительно возрастает – у 30% мужчин и 20% женщин.



В России не существует национальных стандартов диагностики и лечения СОАС, поэтому практикующие сомнологи используют зарубежные стандарты и рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины.

Под апноэ сна понимают повторяющиеся эпизоды обструкции верхних дыхательных путей во время сна, в течение которых происходит прекращение (апноэ) и/или уменьшение (гипопноэ) воздушного потока дыхания.

Наиболее точно определение обструктивного апноэ сна дал С. Guilleminault в 1973 г.: «Синдром обструктивного апноэ во сне – состояние, характеризующееся наличием храпа, периодически повторяющимся частичным или полным прекращением дыхания во время сна (достаточно продолжительным, чтобы привести к снижению уровня кислорода в крови), грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью».

Основной диагностический критерий СОАС – эпизод апноэ – остановка дыхания, при которой ороназальный поток во время сна составляет менее 20% от нормы, длительность остановки дыхания более 10 с, а их количество в час (индекс апноэ) – 5 и более. При этом десатурация (снижение напряжения кислорода в крови) должна составлять не менее 3% от нормы.

В общемедицинской практике возможно использование достаточно простого скринингового правила, с помощью которого можно заподозрить заболевание и назначить дополнительное обследование. При наличии трех и более указанных признаков (или только первого из них) необходимо углубленное обследование на предмет выявления СОАС:

- остановка дыхания во сне;
- громкий или прерывистый храп;
- повышенная дневная сонливость;
- учащенное ночное мочеиспускание;
- нарушение ночного сна;
- артериальная гипертензия (особенно ночная и утренняя);
- ожирение.

При жалобах на храп или ночное апноэ для подтверждения диагноза и определения тактики лечения необходимо провести полисомнографию (ПСГ) или кардиореспираторный мониторинг, который должен включать как минимум четыре параметра: ороназальный дыхательный поток, торакоабдоминальные дыхательные усилия, сатурацию крови кислородом и число сердечных сокращений. Для проведения кардиореспираторного мониторинга в лабораториях сна используются специальные диагностические системы.

Основной метод диагностики апноэ во сне – полисомнография, которая представляет собой продолжающуюся в течение всей ночи регистрацию ряда электрофизиологических показателей: электроэнцефалограммы (ЭЭГ), электромиограммы (ЭМГ), электроокулограммы (ЭОГ), объемных скоростей потока воздуха через нос и рот, движений грудной клетки и брюшной стенки, насыщения артериальной крови кислородом (SaO₂). Анализ ЭЭГ, ЭМГ и ЭОГ позволяет изучить структуру сна.

Обычно у больных с обструктивным апноэ регистрируются значительное сокращение продолжительности стадий глубокого сна и частые циклы

(Продолжение на 4 стр.)



(Окончание. Начало на 3 стр.)

ческие пробуждения, обусловленные приступами апноэ. Мониторирование объемной скорости воздушного потока через нос и рот в сочетании с регистрацией движений грудной клетки и брюшной стенки дает возможность отличить нормальную дыхательную активность, апноэ центрального генеза (для которого характерно отсутствие воздушного потока и движений дыхательной мускулатуры) и обструктивное апноэ сна (отсутствие воздушного потока при сохранении движений дыхательной мускулатуры). Один из показателей тяжести апноэ – степень снижения SaO₂. ЭКГ позволяет выявить эпизоды ишемии миокарда и нарушений ритма сердца и их связь с апноэ.

Адекватным методом диагностики СОАС, позволяющим определить тяжесть состояния пациента, общепризнано кардиопульмональное мониторирование. Отличие его от ПСГ состоит в том, что при этом исследовании не регистрируются ЭЭГ и ЭОГ. Для диагностики нарушений дыхания во время сна такого подхода оказывается вполне достаточно. Преимущества кардиопульмонального мониторирования состоят в относительной дешевизне и простоте диагностики.

Для комплексной оценки пациенту с храпом и ночным апноэ необходимо также провести оценку состояния дыхательных путей, осуществляемую ЛОР-врачом.

Методы лечения обструктивного апноэ сна зависят от сочетания причин и тяжести расстройств. Их можно разделить на следующие категории:

1. **Общепрофилактические мероприятия:**
 - снижение массы тела;
 - прекращение или ограничение курения;
 - исключение приема алкоголя и снотворных препаратов.
2. **Позиционное лечение – выработка привычки спать на боку.**
3. **Полоскания горла маслянистыми жидкостями (Good Night).**
4. **Обеспечение свободного носового дыхания (Breath Right, нозовент).**
5. **Применение внутриротовых приспособлений (Rest Assured).**
6. **Тренировка мышц языка и нижней челюсти.**
7. **Использование фармакологических средств от храпа (SnoreStop).**
8. **Лечение методом создания постоянного положительного давления в дыхательных путях (СИПАП-терапия).**

9. **Лазерная пластика и криопластика проводятся при наличии специфической ЛОР-патологии.**

СИПАП-терапия – основной способ лечения обструктивного апноэ сна при его тяжелой степени. Другие методы используются при легкой степени апноэ или по специфическим показаниям.

Лечение СОАС путем постоянного положительного давления в дыхательных путях был предложен С.Е. Sullivan и соавт. в 1981 г. (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP). В нашей стране чаще всего применяется русская транскрипция СИПАП.

Механизм действия СИПАП-терапии на удивление прост. Если в дыхательных путях создать небольшое избыточное давление и немного «раздуть» их, это обеспечит постоянную проходимость дыхательной трубки и устранил основной механизм развития заболевания.

Чтобы создать положительное давление, применяется специальный компрессор, который постоянно подает воздух в дыхательные пути через носовую маску под определенным давлением. Маска может быть не только носовой, но, чаще всего, используется именно подвод воздуха в носовые ходы.

СИПАП-терапия обладает очень высокой эффективностью, практически полностью устраняя эпизоды обструкции дыхательных путей, абсолютных противопоказаний к ее проведению не существует. Однако метод нужно применять с осторожностью у пациентов с буллами легких, рецидивирующими синуситами и глазными инфекциями, при тяжелой дыхательной и сердечной недостаточности, рецидивирующих носовых кровотечениях.

Частый побочный эффект СИПАП-терапии – раздражение кожных покровов под маской, сухость слизистых носа, заложенность носа и раздражение конъюнктивы. Обычно эти нарушения легко преодолимы и не препятствуют продолжению СИПАП-терапии. Серьезные осложнения встречаются достаточно редко. В начале лечения иногда возникают нарушения ритма сердца. Описаны единичные случаи пневмоцефалии, пневмоторакса. Не описано ни одного летального исхода, обусловленного СИПАП-терапией.

Лечение начинается с подбора носовой маски, которая должна соответствовать геометрии лица больного. Маска не должна быть слишком большой, потому что это приводит к утечкам воздуха, слишком маленькая маска может сдавливать крылья носа и ухудшать носовое дыхание.

Очень важно подобрать исходное комфортное давление. Оно очень индивидуально, поэтому подбирается путем повышения давления до того момента, когда исчезнет ощущение нехватки воздуха на вдохе. Индивидуальное исходное комфортное давление подбирается у каждого конкретного пациента.

У большинства пациентов применяется нагреваемый увлажнитель, устанавливаемый в воздушный контур аппарата для СИПАП-терапии. Степень нагрева воды в увлажнителе подбирается в зависимости от субъективных ощущений пациента.

Величина лечебного давления при СИПАП-терапии у разных больных различна. У пациентов с тяжелой формой СОАС в ряде случаев требуются очень высокие уровни давления, превышающие 14 см водного столба. Подбор давления проводится опытным путем.

При любом обращении к врачу пациент должен проинформировать его о том, что у него имеется обструктивное апноэ сна, а также о характере проводимого по этому поводу лечения. Это нужно для того, чтобы врач знал об опасности назначения препаратов, обладающих миорелаксирующим действием (транквилизаторы, снотворные или наркотические средства). Надо помнить и о том, что алкоголь также приводит к усугублению нарушений дыхания во время сна. При поступлении в стационар больной должен продолжать СИПАП-терапию, точно так же, как при поездке в командировки или отпуск. Следует отказаться от курения, которое оказывает раздражающее действие на дыхательные пути и может увеличить их обструкцию. Важно снизить массу тела или не допустить ее увеличения.

У большинства больных СИПАП-терапия высоко эффективна – исчезает ночной храп, дневная сонливость, никтурия, повышается работоспособность, снижается масса тела. Все это связано с исчезновением эпизодов остановки дыхания во время сна. Самое главное, что систематическое проведение СИПАП-терапии позволяет значительно улучшить прогноз больного: риск развития инсульта и инфаркта миокарда уменьшается в 7 раз. Таким образом, выявление обструктивного апноэ сна – задача повседневной врачебной практики, а его грамотное лечение позволяет не только повысить качество жизни, но и значительно уменьшить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

В.В. ШЕКOTOV,

докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии № 2, директор института неотложной терапии ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера», руководитель секции медицины сна РНМОТ, секции кардиологии Ассоциации врачей-терапевтов Пермского края

УНИКАЛЬНЫЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НА ИНФАРКТ МИОКАРДА

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

М.И. ВОЕВОДА,
член-корреспондент РАМН, директор НИИ терапии СО РАМН,
вице-президент РНМОТ,

А.А. СПАССКИЙ,
докт. мед. наук, профессор, генеральный секретарь РНМОТ,
В.А. КОКОРИН,
канд. мед. наук, доцент, ученый секретарь РНМОТ

ВЕРНЫЙ ШАНС ДЛЯ МОЛОДОГО УЧЕНОГО

Традиционно терапия или внутренние болезни – базовая и одна из самых востребованных специальностей в Российской Федерации. Развитие школы молодых специалистов в этой области – наиболее приоритетная задача, поставленная Российским научным медицинским обществом терапевтов. Именно поэтому в 2009 г. было инициировано создание клинического подразделения РНМОТ, которое стало самостоятельной организацией в структуре Общества.

Наша миссия заключается в улучшении диагностики, лечения и понимания патофизиологии терапевтической патологии. Это достигается с помощью разработок открытых клинических проектов, контроля над их проведением и внедрением полученных результатов в практическую медицину. Мы также поддерживаем образовательные проекты и активность молодых специалистов, работающих в области терапии, в т.ч. с помощью конкурсов.

Одна из ведущих задач клинического подразделения – повышение степени доверия к научным и клиническим исследованиям в области терапии, проводимым на территории РФ, а также повышение процента участвующих в них молодых специалистов. С момента полного перехода медицины на доказательную основу в 1994 г. резко увеличилось количество клинических исследований во всех ее областях. Привлечение к работе в них молодых специалистов, зачастую еще обучающихся в медицинских институтах, играет не только образовательную роль, но и вырабатывает интерес к научной деятельности.

Начиная с 2009 г., клиническим подразделением проводится конкурс молодых ученых в рамках Национального конгресса терапевтов. Его цель – привлечь внимание к проектам молодых специалистов из всех регионов Российской Федерации. Ежегодно сотни работ проходят строжайший конкурсный отбор авторитетным жюри, в составе которого заслуженные специалисты – президент РНМОТ, член-корреспондент РАМН, профессор Ю.Б. Белоусов, академик РАМН, вице-президент РНМОТ А.И. Мартынов, главный терапевт ЮФО, профессор В.П. Терентьев.

(Продолжение на 5 стр.)



(Окончание. Начало на 4 стр.)

Конкурс имеет возрастные ограничения к участию – до 35 лет, строгие требования к новизне работы, использованию чужих материалов, наглядности изложения. Участие в конкурсе абсолютно бесплатно. Работы, прошедшие отбор, попадают в публикацию в качестве тезисов, могут быть представлены в виде постерных докладов, а наиболее интересные работы – в виде устных докладов.

Реализуя план по привлечению молодых специалистов к участию в клинических исследованиях, в 2010–2011 гг. на территории РФ проводилось международное исследование ALCHIMIE, к которому допускались только молодые специалисты. Участие в проекте приняли 10 регионов России (от Владивостока до Петрозаводска) и суммарное количество включенных пациентов от России составило 255 чел. Результаты работы были представлены на Европейском конгрессе по внутренним болезням. Следует отметить, что национальным координатором проекта и координаторами по проекту также были молодые, начинающие свою научную карьеру специалисты.

Помимо международного проекта ALCHIMIE, клиническим подразделением с активным вовлечением молодых специалистов реализуется национальный регистр по синдрому острой декомпенсации ХСН, ряд малых проектов совместно с кафедрой биохимии ведущего вуза страны – МГУ.

Сайт клинического подразделения посетило больше 250 тыс. врачей и специалистов. Здесь создан специальный, регулярно обновляемый раздел «Образование и карьера», где представлена информация не только о конкурсе молодых специалистов, но и о большинстве международных и отечественных конгрессов с разделением по нозологиям, представлена информация по школам для молодых ученых, позволяющая получить опыт стажировки за рубежом в странах Европы и США.

Создан большой обновляемый раздел «Клинический случай», где показаны наиболее интересные клинические наблюдения молодых врачей, представленные на «Гаазовских чтениях» – ежегодном конкурсе, проводимом Российским национальным исследовательским университетом им. Н.И. Пирогова.

Клиническое подразделение активно сотрудничает с такими структурами, как социальные сети для врачей, Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова, EFIM – Европейская ассоциация молодых врачей-интернистов, студенческие научные кружки, Ростовское общество молодых ученых и специалистов, Благотворительный фонд поддержки молодых ученых-медиков.

Начиная с июня 2012 г., в рамках совместного проекта с медицинским порталом для врачей MedPro, стартовал проект организации доступа молодых специалистов к архивам издательского дома ELSEVIER, конкурсу клинических случаев и сертификационному курсу непрерывного медицинского образования Колумбийского университета.

Следует отметить возрастающее от года к году число участников конкурса молодых ученых Национального конгресса терапевтов и число специалистов, увлеченных клиническими проектами. Согласитесь, что очень приятно получать письма с пожеланием принять участие в новых проектах, встречая фамилии бывших или регулярных молодых участников этих мероприятий.

Мы надеемся, что наша деятельность положительно повлияет не только на сухие показатели активности молодых специалистов, но и позволит повысить престижность профессий врача, молодого ученого нашей страны.

А.Г. АРУТЮНОВ,

канд. мед. наук, руководитель клинического подразделения РНМОТ

I НАЦИОНАЛЬНЫЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ: ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

В Москве прошел I Национальный съезд врачей – событие, отличающееся от предыдущих форумов прежде всего тем, что Минздрав России внимательно выслушал мнение экспертного сообщества. Профессионализм, чувство ответственности и сплоченности, равноправие и наибольшая степень отдачи – на этих принципах Минздрав России хочет консолидировать медицинское сообщество.

На своей первой встрече с медицинской общественностью министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова озвучила планы по модернизации отрасли. На съезде обсуждались вопросы корпоративной этики и ответственности, подходы к развитию системы медицинского образования и подготовки кадров, обеспечения врачами удаленных регионов страны и сельской местности. Воплотить в жизнь намеченное будет крайне нелегко. Ведь любые важные изменения влекут за собой и конфликт интересов различных групп влияния, необходимость серьезно увеличить финансирование новых направлений.

Весь этот комплекс мер уже привел к существенным позитивным изменениям. За 6 лет (с 2005 г.) продолжи-

тельность жизни россиян увеличилась почти на 4 года, общая смертность снизилась на 16%, младенческая смертность – на 33%, материнская смертность – на 36%, смертность от болезней системы кровообращения – на 17%, от инсультов – на 28%, от туберкулеза – на 37%, от внешних причин – на 37%, в т.ч. от острых отравлений алкоголем – на 60%, транспортных травм – на 26%.

Безусловно, положительные изменения были бы невозможны без увеличения финансового обеспечения здравоохранения (в 2,6 раза по сравнению с 2005 г.). Такое увеличение – не только признак социальной ориентированности и гуманности государства. Необходимо рассматривать финансовое обеспечение отрасли как инвестиции в человеческий капитал, позволяющие получить конкретную отдачу на вложенные средства в виде повышения производительного экономического потенциала страны.

Наметившиеся на съезде добрые перемены в отечественном здравоохранении обязательно должны состояться – от этого зависит будущее врачебной профессии и здоровье тысяч людей.

(Соб. инф.)

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО: СПАСАЯ ЖИЗНИ, ЗАЩИТИ СЕБЯ

В Санкт-Петербурге прошел Всероссийский форум медицинских сестер, в работе которого приняли участие представители Ассоциации медицинских сестер России, Международного Совета медсестер, Всемирной Организации Здравоохранения, Профсоюза работников здравоохранения, Международной федерации операционных медицинских сестер, руководители органов управления здравоохранением и лечебных учреждений и другие специалисты отрасли. Компания BD (Бектон, Дикинсон энд Компани), применяющая свои экспертные знания, ресурсы и технологии для обеспечения безопасности пациента и медицинского персонала и предотвращения распространения инфекций, связанных со здравоохранением, приняла активное участие в работе форума.

По мнению врачей, в наше время на плечи медсестер ложится до 80% всей заботы о больных. Если на Западе по статистике на одну медсестру приходится пять больных, то в нашей стране эта цифра возрастает до 20. Жизнь и здоровье пациентов во многом зависят от знаний среднего медицинского персонала, их мастерства и искусства выхаживания. Без повышения профессио-

нального статуса медицинских работников и поддержки инновационных преобразований невозможна эффективная модернизация системы здравоохранения.

Риск повреждений и заражения патогенными микроорганизмами, переносимыми кровью, хорошо известен всем медицинским работникам. По данным ВОЗ, только от вирусного гепатита В в мире ежедневно погибает один медицинский работник. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вступившему в силу 1 января 2012 г., медицинские организации обязаны проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий – разработать продукцию, позволяющую снизить этот риск – безопасные иглы, катетеры, хирургические инструменты и другой медицинский инструментарий.

(Соб. инф.)

РНМОТ – ВАЖНЫЕ СОБЫТИЯ 2012 г.

(Окончание. Начало на 2 стр.)

аспекты профилактики терапевтических заболеваний в условиях Сибири;

- терапевт – основное звено персонализации первичной профилактики и лечения внутренних болезней;

- эпидемиологические, климато-географические, этнические, производственные факторы и особенности терапевтических заболеваний в Сибири;

- фармакоэкономические аспекты лечения больных терапевтического профиля;

- особенности клиники и лечения внутренних болезней у пожилых;

- неотложные состояния в практике терапевта: новые подходы к решению старых проблем;

- актуальные вопросы реабилитации при заболеваниях внутренних органов;

- семейные аспекты терапевтических заболеваний;

- современные диагностические технологии в клинике внутренних болезней;

- роль среднего медицинского звена в лечении и профилактике терапевтических заболеваний;

- новые технологии в образовании врача-интерниста;

- правовые аспекты и качество оказания медицинской помощи в деятельности врача-терапевта.

Секции и симпозиумы были посвящены проблемам взаимодействия фундаментальной науки и практической медицины, новым диагностическим технологиям, вопросам мониторинга безопасности лекарственных препаратов в России.

I съезд терапевтов Уральского федерального округа РФ

4–5 декабря, Екатеринбург

В программе запланированы доклады по самому широкому спектру вопросов диагностики, профилактики и лечения внутренних болезней. Список докладчиков будет включать не только терапевтов из Екатеринбурга, Челябинска, Тюмени, Москвы и Санкт-Петербурга, но и представителей Международного общества внутренней медицины (ISIM).

Основные вопросы программы:

- патология желудочно-кишечного тракта в практике врача-терапевта;

- отдельные аспекты гепатологии;

- актуальные вопросы современной кардиологии;

- профилактическая кардиология;

- инфекционные эндокардиты, миокардиты и кардиомиопатии;

- современные тенденции антибактериальной терапии в общеклинической практике;

- диагностика, профилактика и лечение артериальных и венозных тромбозов;

- нефрологическая патология в практике терапевта;

- лечение заболеваний органов дыхания;

- ревматические заболевания в клинике внутренних болезней;

- туберкулез и ВИЧ. Взгляд клинициста.

Две недели, которые могут изменить жизнь

Вы можете прогнозировать эффект долгосрочной терапии и оценивать его вместе с пациентом во время тестового периода (от 1 до 30 дней).

Лечение хронической боли:

НЕВРОЛОГИЯ

- FBSS «Синдром оперированного позвоночника»
- Мигрень
- Нейропатические боли вследствие поражения периферических нервов
- Комплексный регионарный болевой синдром (КРБС) I и II типа
- Постгерпетическая невралгия
- Послеампутационные болевые синдромы
- Деафферентационные боли в конечностях
- Боли в области малого таза и половых органов.

КАРДИОЛОГИЯ

- Упорная стенокардия
- Синдром Х
- Стенокардия Принцметала

СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ

Боль в конечностях, связанная с вазоспастическими состояниями и невровакулярными синдромами (болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, болезнь Бюргера, диабетическая ангиопатия, синдром Лериша и другие).

Тел.: (495) 234 9119
www.implanta.ru

Импланта

ST. JUDE MEDICAL
MORE CONTROL. LESS RISK.



(Окончание. Начало на 1 стр.)

известный клиницист Михаил Петрович Кончаловский, а В.Н. Виноградов переходит на должность заведующего кафедрой пропедевтической клиники II Московского университета. В 1935 г. его переводят заведующим факультетской терапевтической клиникой того же университета.

После смерти М.П. Кончаловского 1 января 1943 г. В.Н. Виноградов возвращается в свою alma mater, теперь уже окончательно. Он возглавляет клинику и кафедру факультетской терапии, которыми руководит на протяжении 23 лет, вплоть до своей смерти 29 июля 1964 г. на 82 году жизни.

В течение многих лет Владимир Никитич Виноградов с присущей ему энергией и целеустремленностью организует учебный процесс, умело разворачивая лечебную и научную работу. В решении исследовательских задач ученого всегда интересовала практическая сторона дела. Будучи новатором в медицинской науке, Владимир Никитич был остро озабочен применением научных достижений в жизни и лечебной практике.

Всегда был осведомлен о самых последних разработках в области диагностики и терапии, прекрасно владел немецким и французским языками, всегда был в курсе достижений зарубежной медицины. На его письменном столе в клинике и дома можно было видеть свежие номера «Zeitschrift für Innere Medizin», «Archives Maladies du Coeur», последние монографии иностранных авторов на языке оригинала. Основные направления научных исследований В.Н. Виноградова касались самых разных разделов внутренней медицины, но всегда они оказывались актуальными для практического здравоохранения – будь то изучение проблем туберкулеза легких и почек или внедрение методов эндоскопии, изучение патологии желудочно-кишечного тракта или организация работы в области патологии кровообращения.

В.Н. Виноградов был одним из первых русских исследователей, рассматривавших туберкулез как заболевание целостного организма, при котором страдают функции различных органов, в т.ч. и почек. Его докторская диссертация «Изменения почек при туберкулезе легких», опубликованная в виде монографии в 1925 г., посвящена изучению характера ренальных проявлений этого грозного заболевания. Патологии почек посвящены и работы об этиологии и патогенезе острого нефрита, в частности, статья «О роли стрептококков в этиологии острого диффузного гломерулонефрита», опубликованная в журнале «Терапевтический архив» в 1936 г.

Еще во время Великой Отечественной войны и особенно после ее окончания В.Н. Виноградов и его сотрудники изучают заболевания, участвовавшие в этот период – неспецифические заболевания легких, язвенную болезнь, гипертоническую болезнь и связанные с ней атеросклероз и инфаркт миокарда. Все это имело большое значение для клинической практики того времени.

Особо ученый интересуется заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Так, в работе «Клиника эпидемии желтухи в Москве в 1920–1921 годах», опубликованной в 1922 г. в журнале «Клиническая медицина», была отвергнута механическая причина развития «катаральной желтухи» (гепатит А) вследствие закупорки общего желчного протока слизистой пробкой, возникающей вслед за воспалительными изменениями в двенадцатиперстной кишке, и показана инфекционная ее природа.

Владимиру Никитичу Виноградову принадлежат важные исследования по изучению секреторной, двигательной и всасывающей функции тонкого кишечника. В докладе на II Съезде терапевтов Украины в 1927 г. «К методике исследования тонкой кишки кишечным зондом» было показано, что в тонком кишечнике сначала всасываются углеводы, затем белки и позднее жиры. Это послужило базой для разработки основ рационального диетического питания при заболеваниях кишечника. Под его руководством был внедрен в клиническую практику метод гастроскопии, что позволило значительно улучшить диагностику и лечение язвенной болезни желудка и хронического гастрита. Введение методики в повседневную жизнь клиники требовало не только вра-



ВЕЛИКИЙ ВРАЧ, БЛЕСТЯЩИЙ ПЕДАГОГ



Обходы В.Н. Виноградова представляли собой замечательную школу для студентов, молодых врачей и опытных клиницистов.

чебных знаний и практических навыков, но и большого терпения пациентов – для исследования тогда использовался жесткий металлический гастроскоп.

Замечательным достижением было внедрение в практику метода лечебной и диагностической бронхоскопии (бронхолегочный дренаж), который был в то время практически единственным методом лечения тяжелой формы бронхоэктатической болезни.

Владимира Никитича справедливо называли виртуозным терапевтом, которому был чужд шаблон в работе. Он не ограничивался тем, что ставил диагноз и назначал лечение, всегда интересовался особенностями жизни пациента. Больному без аппетита мог так вкусно рассказать о разных блюдах, что желание поесть возникало буквально у всех.

В.Н. Виноградов был предельно внимательным, благожелательным доктором. Его обход запомнился пациентам на всю жизнь. Однако это не означало, что Владимир Никитич был «добрым» врачом. Так, например, он совершенно не выносил, когда человек с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки продолжал курить. Он чрезвычайно сердился и категорически произносил: «Выписать немедленно!». Надо отметить, что это было, пожалуй, единственное его указание, которое ученики не выполняли.

Превосходным примером использования научных достижений в системе практического здравоохранения служат работы В.Н. Виноградова и его учеников в области патологии системы кровообращения. В работе «О прогнозе инфаркта миокарда», опубликованной в жур-

нале «Терапевтический архив» в 1955 г., он вместе с В.П. Поповым обосновал необходимость ранней госпитализации больных с инфарктом миокарда, а не спустя 10 дней после сердечного приступа, как это было рекомендовано в то время инструкцией Министерства здравоохранения СССР.

В клинике Владимира Никитича глубоко изучались вопросы патогенеза, клиники и лечения кардиогенного шока. Результатом этого стали такие работы, как «Клиническая картина коллапса при инфаркте миокарда», «Лечение коллапса при инфаркте миокарда», «Некоторые вопросы патогенеза, клиники и лечение коллапса при инфаркте миокарда», «Лечебное применение прессорных аминов у больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом», опубликованные в 1961–1964 гг. В этих работах В.Н. Виноградов выступал инициатором более энергичного лечения больных инфарктом миокарда, осложненного кардиогенным шоком. Предлагалось активно использовать гепарин, симпатомиметики, строфантин и наркотические анальгетики.

Для реализации предложенных нововведений в факультетской терапевтической клинике под руководством В.Г. Попова впервые была организована протившоковая палата для лечения больных с инфарктом миокарда, что послужило в дальнейшем основой для создания целой сети блоков интенсивной терапии и специализированных инфарктных отделений.

Наконец, в статье «Основные элементы эффективности работы отделений городских больниц»

В.Н. Виноградов подчеркивает важность работы приемных отделений для ранней диагностики заболеваний. Кроме того, обращалось внимание на своевременное и полное проведение всего комплекса диагностических мероприятий, включая рентгенографические и биохимические исследования в первые двое суток госпитализации.

Многогранную научную и практическую работу В.Н. Виноградов всегда блестяще сочетал с педагогической деятельностью. Всю жизнь он значительную часть времени уделял занятиям со студентами и врачами, чтению лекций и клиническим разборам больных. Обходы Виноградова представляли собой замечательную школу для студентов, молодых врачей и опытных клиницистов. Лекции Виноградова отличались ясностью, четкостью изложения, глубоким пониманием данного конкретного демонстрируемого больного и анализом этой конкретной ситуации.

В общении с молодыми врачами Владимир Никитич часто был строг, нередко даже суров. Правда, рассказы о разорванных плохо написанных историях болезни, разбитых тарелках и т.д. все же являются легендами. Но все его ученики и сотрудники всю жизнь помнили грозные реплики, нотации, выговоры, разносы, учиняемые шефом за плохо собранный анамнез или не сделанный во время анализа, диагностический или лечебный «ляп» и т.п. Однако к своим питомцам, допущенным к работе в клинике, Владимир Никитич относился по-отечески (недаром сотрудники за глаза называли его «папой»). Он мог во время летнего отпуска прислать открытку молоденькому врачу с радостным известием о зачислении его в аспирантуру; мог остановить в коридоре клинического ординатора-первогодка и поздравить его с утверждением к печати в «Терапевтическом архиве» первой научной статьи. Очень часто приносил своим аспирантам тома иностранных журналов или выписки по их научной тематике. Бывали (и нередко) случаи, когда он надевал парадный костюм со звездой Героя и ехал к высокому начальству хлопотать по разным важным вопросам, связанным с жизнью коллектива.

В.Н. Виноградов был известен не только как блестящий врач и педагог, но и как выдающийся общественный деятель. В 1938 г. он был избран заместителем председателя Московского терапевтического общества, которое возглавил в 1945 г. С 1949 по 1962 г. В.Н. Виноградов возглавлял правление Всесоюзного научного терапевтического общества. С 1943 г. и до конца жизни он был редактором журнала «Терапевтический архив».

Трагической страницей в жизни В.Н. Виноградова было его вынужденное участие в качестве эксперта в процессе над выдающимся советским клиницистом Д.Д. Плетневым, арестованным в декабре 1937 г. по обвинению в причастности к троцкистскому заговору. В ноябре 1952 г. сам В.Н. Виноградов был репрессирован и находился в заключении до апреля 1953 г., будучи одним из ведущих фигурантов в печально известном «деле врачей». Нелепые обвинения в убийстве государственных деятелей тяжело отозвались не только непосредственно на пострадавших выдающихся представителях отечественной медицины, но и на общественном климате страны в целом.

За выдающиеся заслуги в области врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности В.Н. Виноградов пять раз награждался орденом Ленина. В 1957 г. Владимиру Никитичу было присвоено звание Героя Социалистического Труда. В настоящее время факультетская терапевтическая клиника ПМГМУ им. И.М. Сеченова носит имя В.Н. Виноградова. Память о выдающемся деятеле отечественной медицины, ярком представителе Московской терапевтической школы навсегда остается в сердцах его учеников.

В.И. МАКОЛКИН,
член-корреспондент РАМН, профессор,

А.В. НЕДОСТУП,
профессор,

С.И. ОВЧАРЕНКО,
профессор,

А.Л. СЫРКИН,
профессор



В.Н. Виноградов – выпускник медицинского факультета Московского университета (1907 г.).



В.Н. Виноградов с семьей.



В.Н. Виноградов в своем кабинете с замдиректора клиники В.Г. Спесивцевой.



Председатель Президиума Верховного Совета СССР К.Е. Ворошилов вручает В.Н. Виноградову Звезду Героя Социалистического труда.



НОВЫЙ ИНФУЗИОННЫЙ ГЕПАТОПРОТЕКТОР РЕМАКСОЛ®

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире насчитывается более 2 млрд чел., страдающих заболеваниями печени. Только в странах СНГ ежегодно регистрируется от 500 тыс. до 1 млн чел., страдающих той или иной печеночной патологией. Отмечается увеличение частоты патологии гепатобилиарной системы в молодом возрасте, причем у женщин в 4–7 раз чаще, чем у мужчин. По данным экспертов ВОЗ, каждая 5-я женщина и каждый 10-й мужчина в Европе страдают патологией печени и желчевыводящих путей. Следовательно, терапия заболеваний печени является одной из самых актуальных задач современной медицины.

Комплексная терапия заболеваний печени различного генеза требует использования безопасных многофункциональных препаратов – гепатопротекторов, способствующих сохранению и восстановлению поврежденных тканей печени.

Основные требования к «идеальному» гепатопротектору были сформулированы R. Preisig:

- 1) достаточно полная абсорбция;
- 2) наличие эффекта «первого прохождения» через печень;
- 3) выраженная способность связывать или предупреждать образование высокоактивных повреждающих соединений;
- 4) возможность уменьшать чрезмерно выраженное воспаление;
- 5) подавление фиброгенеза;
- 6) стимуляция регенерации печени;
- 7) естественный метаболизм при патологии печени;
- 8) экстенсивная энтерогепатическая циркуляция;
- 9) отсутствие токсичности.

Новый отечественный препарат РЕМАКСОЛ® наиболее полно отвечает этим требованиям.

РЕМАКСОЛ® (РЕМАХОЛ®) – сбалансированный инфузионный раствор, обладающий гепатопротекторным действием.

Активные компоненты: янтарной кислоты – 5,280 г; N-метилгликомина (меплмуина) – 8,725 г; рибоксина (инозина) – 2,0 г; метионина – 0,75 г; никотинамида – 0,25 г.

Вспомогательные вещества: натрия хлорида – 6,0 г; калия хлорида – 0,30 г; магния хлорида (в пересчете на безводный) – 0,12 г; натрия гидроксида – 1,788 г; воды для инъекций – до 1,0 л.

Под действием препарата ускоряется переход анаэробных процессов в аэробные, улучшается энергетическое обеспечение гепатоцитов, увеличивается синтез макроэргов, повышается устойчивость мембран гепатоцитов к перекисному окислению липидов, восстанавливается активность ферментов антиоксидантной защиты. РЕМАКСОЛ® снижает цитолиз, что проявляется в снижении индикаторных ферментов: аспартатаминотрансфераз, аланинаминотрансфераз. РЕМАКСОЛ® способствует снижению билирубина и его фракций, улучшает экскрецию прямого билирубина в желчь. Снижает активность экскреторных ферментов гепатоцитов – щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы, способствует окислению холестерина в желчные кислоты.

При внутривенном капельном введении входящие в состав естественные компоненты быстро распределяются в тканях организма, утилизируясь практически мгновенно. Продукты метаболизма выводятся с мочой и не накапливаются в организме.

РЕМАКСОЛ® применяется при нарушениях функции печени вследствие острого или хронического ее повреждения (токсические, алкогольные,

лекарственные гепатиты), а также в комплексном лечении вирусных гепатитов (дополнительно к этиотропной терапии).

Противопоказания – индивидуальная непереносимость компонентов препарата, беременность, период лактации, детский возраст.

С осторожностью применяют при нефролитиазе, подагре, гиперурикемии.

РЕМАКСОЛ® вводят только внутривенно капельно в суточной дозе от 400 мл до 800 мл в течение 3–12 дней в зависимости от тяжести заболевания. Скорость введения 40–60 капель (2–3 мл) в минуту.

При быстром введении раствора возможно появление нежелательных реакций (гиперемия кожных покровов различной степени выраженности, чувство жара, першение в горле, сухость во рту), которые купируются снижением скорости введения препарата и не требуют его отмены.

Возможны аллергические реакции в виде аллергической сыпи и кожного зуда, которые устраняются применением антигистаминных препаратов. К редким нежелательным реакциям относятся появление тошноты, головной боли и головокружения. Ввиду активации препаратом аэробных процессов в организме возможно снижение концентрации глюкозы и увеличение содержания мочевой кислоты в крови.

Эффективность инфузионного раствора РЕМАКСОЛ® как гепатопротективного средства при хронических поражениях печени доказана в многоцентровом рандомизированном клиническом исследовании, проведенном на 7 клинических базах. Под наблюдением находилось 494 больных, страдающих хроническим гепатитом В и С. РЕМАКСОЛ® получали 294 чел., активное плацебо – 200 чел. Рандомизация осуществлялась методом «конвертов». Результаты исследования показали, что

включение препарата РЕМАКСОЛ® в терапию больных хроническим гепатитом В и С в стадии обострения/активации процесса улучшал общее состояние больных, снижая в 1,7 раза частоту регистрации клинических симптомов заболевания, чем у пациентов, получавших плацебо на фоне базовой терапии. РЕМАКСОЛ® активно снижал уровень общего билирубина и его фракций по сравнению с плацебо+базовой терапией (где отмечалась лишь тенденция к снижению показателей без существенной их динамики).

Установлен выраженный гепатопротекторный эффект препарата РЕМАКСОЛ® у больных хроническим гепатитом В и С с цитолитической активностью. Кратность снижения ферментов АЛАТ и АСАТ у больных, получавших РЕМАКСОЛ®, существенно выше, чем при применении базовой терапии+плацебо.

Антиоксидантное действие препарата, как правило, проявляется активацией ферментов дыхательной цепи на фоне увеличения синтеза и потребления макроэргов (АТФ). Об этом свидетельствовала быстрая нормализация ЛДГ и транзитная гиперурикемия, что говорит о переключении анаэробных процессов на аэробные и улучшении энергетического обеспечения гепатоцитов. Выявлен антихолестатический эффект РЕМАКСОЛ® по уровню и кратности снижения секреторных ферментов – глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы по сравнению с пациентами контрольной группы.

Таким образом, РЕМАКСОЛ® является высокоэффективным гепатопротектором, улучшающим функциональную активность клеток печени, и его включение в патогенетическую терапию хронических поражений печени аргументировано при проведении многоцентрового клинического исследования.



ВОССТАНАВЛИВАЯ УТРАЧЕННОЕ

ПОЛИСАН

www.polysan.ru

РЕМАКСОЛ®

Первый инфузионный
гепатопротектор - стимулятор
синтеза эндогенного
адеметионина (SAM)

КОЛЫБЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

«Патология», «Патологическая анатомия», «Патологическая физиология» – для людей, далеких от фундаментальной медицины, границы между этими понятиями весьма условны. О том, каковы же они на самом деле и какова роль патофизиологии в работе практикующего врача, мы ведем разговор с членом-корреспондентом РАМН, профессором, заведующим кафедрой патофизиологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Петром Францевичем Литвицким.

Что такое современная патофизиология в России? Какие знания она дает врачу?

Если суть каждого этого понятия для специалистов абсолютно ясна, то формальная классификация неоднозначна и для многих моих коллег. Чтобы разобраться в различиях, необходимо обратиться к истории развития патофизиологии в России. Мне очень приятно, что эта история непосредственно связана с историей нашей кафедры: 163 года назад – в 1849 г. – она начала свой тернистый путь на медицинском факультете Императорского Московского университета. Первым заведующим кафедрой был врач – адъюнкт факультетской терапевтической клиники Алексей Иванович Полунин, а вторым – профессор Александр Богданович Фохт, лучший педиатр и кардиолог Москвы начала прошлого века.

В большинстве зарубежных медицинских университетов, как правило, существует учебная дисциплина «Патология», объединяющая патоморфологию и патофизиологию. Основной акцент в образовании по этой дисциплине сделан на патоморфологию. Это не что иное, как прагматизм: именно результат труда патоморфолога может принести прагматичную пользу в клинике, а патофизиологи, способные как никто аргументировано объяснить причины, факторы риска, ключевые звенья механизма развития патологического процесса или болезни в целом, часто остаются за его «спиной». А ведь только на таких данных может строиться обоснованная программа диагностического поиска, алгоритмы лечения и профилактики заболевания. Вместе с тем, в зарубежных медицинских школах знания по патофизиологии обязательны для каждого врача!

Рождение патофизиологии обусловлено прямой необходимостью понять, что именно происходит в организме человека, когда тот заболевает или уже болен. Если патологоанатом отвечает на вопрос «Что произошло (уже!) или, иногда, что происходит с пациентом?» (соответственно, при посмертном осмотре органов пациента или исследовании прижизненного биопсийного материала), то патофизиолог дает развернутый ответ на вопросы: «Почему может возникнуть/не возникнуть или возникла эта болезнь?», «Как, по каким законам она развивается или может развиваться?», «Как грамотно построить адекватную модель пациента, его болезни, алгоритм ее диагностики, лечения, первичной и вторичной профилактики?». Именно поэтому патофизиология максимально близка к клинике.

Основной метод в работе патофизиолога, да и один из основных методов для врача – моделирование. Представьте себе: врач осматривает пациента, выясняет его жалобы, основные симптомы, собирает анамнез, формирует представление о сути заболевания и на его основе выстраивает модель пациента и его болезни. Модель болезни, т.е. целый каскад событий, разворачивающийся от клеточного уровня и до уровня жалобы пациента, – это и есть патофизиология.

В нашем университете уже несколько лет назад мы перешли к системному преподаванию патофизиологии: на додипломном и последипломном уровнях, а также в системе непрерывного профессионального развития врача! В соответствии с приказом ректора мы стали фундаментальной клинической кафедрой и учебной дисциплиной, а в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» наша дисциплина обозначена как «Патофизиология. Клиническая патофизиология». Это означает, что руководители системы высшего медицинского образования в России разделяют наши взгляды на содержание и «идеологию» неделимости клинической медицины и патофизиологии.

Около двух лет назад на базе кафедры патофизиологии университета была создана кафедра «Патология человека» факультета послевузовского профессионального образования врачей. Такой системный подход к изучению патофизиологии кажется мне очень удачным для студентов и выпускников Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Какое место сейчас занимает кафедра патофизиологии Первого медицинского в патофизиологическом мире?

Мы полагаем, что в настоящее время кафедра патофизиологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова – одна из ведущих в стране и в русскоговорящем медицинском мире вообще. Это произошло естественным путем, в ходе здоровой конкуренции. До 1950-60-х гг. в



стране лидировала питерская школа патофизиологов во главе с профессором Д.Е. Альперном; затем долгое время пальма первенства принадлежала кафедре второго «меда» с ее лидером – академиком А.Д. Адо (ныне РНИМУ им. Н.И. Пирогова), а теперь – Первому МГМУ им. И.М. Сеченова.

Начиная с 2000 г., мы опубликовали пять изданий, самодостаточных для преподавателя и студента: учебник (на русском, английском, французском языках); сборник профессиональных ситуационных врачебных задач с алгоритмами их решения и комплект тестов для обучения и контроля (в том числе – самоконтроля); методическое пособие для студентов и преподавателей по технологии обучения; комплект цветных учебных таблиц; CD с презентациями по всем обучающим модулям дисциплины. Все эти материалы в прямом доступе имеются также на сайте нашей кафедры на электронном образовательном портале университета. С февраля будущего года преподаватели нашей кафедры, совместно с преподавателями базовых клинических кафедр университета, начинают проводить тематические междисциплинарные клиничко-патофизиологические образовательные модули с анализом наиболее социально значимых заболеваний человека.

Недавно вы отмечали свой юбилей. Примите наши поздравления! По-вашему, 65 лет – это много или мало?

Очень спокойно отношусь к возрасту. Он, действительно, мое «богатство»! С точки зрения внутреннего его восприятия, я себя ощущаю в «цветущем» эпизоде жизни – примерно от 24 до 28 лет, и не чувствую, что во мне что-то существенно поменялось. Доводилось всерьез задумываться о жизни и смерти, когда исполнилось 30, 40, 50... А потом сомнения и волнения на этот счет покинули меня (я спокойный готов ко всему). Сейчас меня вполне устраивают мои внутренние 25!

Чем вы занимаетесь, когда появляется свободное время?

На первое место среди своих увлечений я поставил бы горные лыжи. На второе – теннис, на третье – авторалли. Если бы не был патофизиологом, то занимался бы горнолыжным спортом и авторалли. Но времени, конечно, не хватает, в последние 10–12 лет особенно: административная работа в должности проректора требует своего, а работать с полной отдачей меня научили мои родители и учителя по жизни.

Кому и чему вы обязаны своим становлением как личности?

Моим первым учителем был профессор Александр Харитонович Коган: я попал к нему на третьем курсе и под его руководством защитил кандидатскую диссертацию. Два других человека, оказавших на меня сильное влияние, – Петр Кузьмич Анохин и Константин Викторович Судаков: их лекции по кибернетике в физиологии в свое время произвели на меня колоссальное впечатление. Наконец, академик Виктор Викторович Серов, заведовавший кафедрой патологической анатомии, многое дал мне в профессиональном плане, особенно когда я под его руководством проходил интернатуру по патологической анатомии.

Кем же вы считаете себя в первую очередь: ученым, преподавателем или руководителем?

Конечно же, Человеком (уточню – мужчиной!). Параллельно с этим, больше 20 лет работаю заведующим кафедрой патофизиологии. В 1970-е гг., когда пришел в кружок на кафедру патофизиологии, фундаментальная медицинская наука в России была чрезвычайно престижна и перспективна. Но путь патофизиолога выбрал не потому. В свое время был очень увлечен космической медициной, однако мне дали понять, что космос для меня закрыт: у меня польское происхождение, а в ту пору «порядки» были суровые.

Внутренне горжусь тем, что удалось реализовать тягу к клинической медицине в патофизиологии. Это, надеюсь, востребует и в нашей дисциплине, да и во врачебной практике.

Интервью вела **М.О. БОЧАРОВА**

ИНТЕРНЕТ-СЕССИИ ОТКРЫТЫ ДЛЯ ВСЕХ

В настоящее время фигура врача приобретает все большее значение. Проблема распространения современного медицинского знания особенно остра. Выездных мероприятий сегодня явно недостаточно. Учебники, актуальные иностранные публикации распространяются на платной основе и в большинстве своем недоступны отечественным врачам.

Наиболее плодотворно в приобретении актуальных знаний – участие врачей в крупных международных конференциях. Такие форумы позволяют собрать в одном месте самых известных и опытных специалистов со всего мира, представляющих современные знания о наиболее эффективных методах лечения, новую информацию о клинических рекомендациях, перспективных разработках в специализированных областях медицины.

К сожалению, в нашей стране проходит лишь малая часть таких конференций. Организовать же для российских специалистов массовое посещение зарубежных конгрессов крайне проблематично, главным образом, в связи с требуемыми на это значительными финансовыми затратами.

Лучшие традиции русской школы медицины и современные информационные технологии 10 лет назад подтолкнули к идее организации для врачей Интернет-сессий, куда вошли авторские передачи, видеолекции для студентов медицинских вузов, трансляции с российских и международных симпозиумов, тематические телетурсы и разборы клинических случаев. В результате каждый пользователь сети Интернет получил возможность в свободном доступе с использованием интерактивного режима слушать лекции, одновременно получая видеосигнал, просматривать слайды, задавать вопросы лектору или даже выходить в прямой эфир.

Работа Всероссийской Интернет-сессии началась в 2001 г. Первые встречи проходили в Ярославле. Видные ученые России и стран СНГ после мастер-классов отвечали на вопросы врачей нашей необъятной страны. В последующие годы к участию присоединились врачи ближнего и дальнего зарубежья, а позже коллеги из Германии, Австрии, Израиля, Канады и США. С каждым годом аудитория Интернет-сессий становится все больше.

В числе постоянных участников – образовательные медицинские учреждения Омска, Хабаровска, Иркутска, Владивостока, Махачкалы, Самары, Курска, Смоленска, Архангельска, Ярославля и других городов России. В процессе постдипломного образования вовлечены коллеги из Украины, Белоруссии и Казахстана.

Сегодня аудиторию Интернет-сессий составляют врачи различных специальностей, работающие в более чем 120 городах России и стран СНГ. Расписание выхода в свет программы «Интернет-сессия» уже хорошо известно зрителям и участникам: первые вторники марта, мая, сентября и декабря. Сайт internist.ru публикует расписание трансляций «Интернет-сессии» на 1,5–2 года вперед. Можно всегда выбрать наиболее интересное.

Основные принципы Интернет-сессии:

• **Доступность.** Формат конференции – вещание в сети Интернет с проведением телемостов для того, чтобы донести медицинское знание до врача и студента в любой точке нашей страны: от столицы до любого населенного пункта, где есть выход в Интернет.



• **Клинический подход.** Интернет-сессия адресована в первую очередь практикующим врачам-клиницистам.

• **Актуальность.** Освещаются самые актуальные вопросы клинической медицины.

• **Бесплатность.** Участие в Интернет-сессии бесплатно для всех желающих.

• **Интерактивность.** Интернет-сессия проводится в прямом эфире для того, чтобы каждый врач-участник мог задать интересующий его вопрос.

Интернет-сессия проводится в режиме онлайн в прямом эфире. Для того чтобы стать ее активным участником, нужно только желание и подключение к интернету! Интернет-сессия обычно начинается с раннего утра и продолжается целый день. Удобство заключается в том, что после соединения с Интернет-сессией врач сохраняет «связь» на рабочем месте, имеет возможность отлучиться к больным или выпить чашку кофе или чая.

Сайт www.internist.ru (интернист.рф) служит платформой для проведения трансляций и размещения видеозаписей проведенных мероприятий. Зарегистрированные пользователи получают сертификат установленного образца, подтверждающий факт участия в конкретном мероприятии.

В Российской Федерации образовательные программы могут приниматься более чем в 130 региональных студиях группового приема по всей стране. Такие подключения осуществляются из лечебно-профилактических учреждений, бизнес-центров, специальных телевизионных портов. Лечебно-профилактические и образовательные учреждения могут быть оборудованы самыми простыми средствами – доступом в публичный интернет и обычным аудиовизуальным оборудованием. Специализированной техники для видеоконференц-связи и/или дополнительного программного обеспечения не требуется.

Кроме того, подключение к трансляции максимально упрощено и в обязательной регистрации не нуждается.

Зрители-врачи имеют возможность осуществлять видеозвонки, используя интерфейс трансляции, задавать вопросы письменно, используя чат или посредством электронной почты (vopros@internist.ru).

В.Т. ИВАШКИН, профессор, академик РАМН, научный руководитель Интернет-сессии,

О.М. ДРАПКИНА, профессор, исполнительный директор Интернет-сессии

УЧАЩЕНОЕ СЕРДЦЕБИЕНИЕ У АМЕРИКАНСКОГО ИНТЕРНА ОТ ЗВУКА ПЕЙДЖЕРА

Об американской медицине можно говорить бесконечно. Ее можно ругать, хвалить, сколько угодно вспоминать знакомых, которые удачно или неудачно лечились в США. Но ни у кого не вызывает сомнения уровень подготовки американских врачей. В чем же успех системы медицинского образования в США? Каковы положительные и отрицательные моменты этой системы? И что мы можем использовать в России? Именно на эти вопросы мы попытаемся ответить.



ниях интенсивной терапии. В США отсутствует специализация реаниматолог. Существует fellow-ship пульмонология и критическая медицина, однако во многих стационарах в отделениях реанимации работают терапевты.

Таким образом, каждый резидент-терапевт должен уметь катетеризовать центральные вены, интубировать, управлять аппаратами искусственной вентиляции легких и владеть другими навыками работы в интенсивной терапии. Резиденты последнего года обязательно работают в поликлинике.

Большинство университетских клиник и больниц, в которых имеются резидентские программы (в том числе и частные клиники), являются больницами самого высокого уровня оказания помощи. Таким образом, большинство госпитализированных больных в этих стационарах являются переведенными из других, менее оснащенных больниц. Это определяет характер работы резидентов в стационаре: в первую очередь – очень тяжелые больные, со множеством заболеваний. Исключением является отделение неотложной помощи, в котором приходится заниматься всем подряд. Так, резидентам-терапевтам приходится зашивать поверхностные раны от укусов снота, а резидентам-хирургам исключать инфаркт миокарда.

После окончания резидентуры врачи проходят экзамен национального общества. Однако чтобы быть допущенным к этому рецензируемому экзамену, необходимо выполнить некоторый минимум процедур за время резидентуры. У резидентов-хирургов – это количество определенных операций, выполненных самостоятельно, в качестве 1 ассистента и т.д.

При желании для получения более узкой специализации, например, кардиологии, после резидентуры можно поступить в fellowship. Правила те же: результаты сертификационного экзамена после резидентуры, рекомендательные письма, собеседования в 15–20 центрах и MATCH. После 2–3 лет врач допускается к сертификационному экзамену.

Система медицинского образования в США, начиная со старших курсов медицинской школы, приучает будущих врачей к работе с пациентами, медицинской техникой и самостоятельному принятию решений. Система тренажа позволяет добиться принятия решений в клинических ситуациях, особенно угрожающих жизни состояниях, на уровне рефлекса.

В заключение приводим несколько «правил выживания» резидента 1 года:

- 1) Не паникуйте.
- 2) Лечите своего пациента. Наконец у вас есть возможность использовать свое образование.
- 3) Будьте внимательны к сестрам и другому персоналу. Они могут сделать вашу жизнь намного проще... или намного сложнее.
- 4) Спите, когда есть такая возможность.
- 5) Не забывайте есть.
- 6) Обувь должна быть удобной.
- 7) Все проверяйте лично (рентгенограммы, анализы и т.д.).
- 8) Задавайте вопросы и просите о помощи. От вас не ожидают, что вы все знаете.
- 9) Просите о консультации своего пациента рано утром и задавайте четкий вопрос консультанту. За это всегда благодарят.
- 10) Думайте о выписке/переводе с 1 дня.
- 11) Пишите выписной эпикриз в день выписки.
- 12) Работайте усердно, оставляйте энтузиазм и поддерживайте интерес.

Д. ЩЕКОЧИХИН,
аспирант кафедры профилактической и неотложной кардиологии ФПОПВ
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

НОВОЕ ДВУХТОМНОЕ ИЗДАНИЕ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ

Современная диабетология – одна из наиболее динамично развивающихся отраслей медицины, в которой за короткий период появляются принципиально новые средства диагностики, профилактики и лечения сахарного диабета и его осложнений. Новое двухтомное издание по сахарному диабету – тому подтверждение.



В книге «Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика» широко представлены современные данные об эпидемиологии, патогенезе, диагностике, а также возможностях медико-генетического прогнозирования развития сахарного диабета типа 1 и 2. Основное внимание уделено современным достижениям в лечении и профилактике сахарного диабета, индивидуализации выбора терапевтического воздействия. Отдельные главы посвящены особенностям диагностики и лечения сахарного диабета у различных категорий больных: в детском и пожилом возрасте, при беременности, при необходимости хирургических вмешательств.

Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика/ Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011 – 808 с.

В книге «Сахарный диабет: острые и хронические осложнения» подробно рассматриваются факторы риска, механизмы развития, основы ранней диагностики, профилактики и лечения острых (комы) и хронических осложнений СД (нефропатия, ретинопатия, синдром диабетической стопы, нейропатия, поражение сердечно-сосудистой системы и др.).

Представленные в руководстве алгоритмы медицинской помощи больным сахарным диабетом базируются на международных и национальных стандартах, принятых Всемирной организацией здравоохранения, Американской диабетической ассоциацией, Международной диабетической федерацией, Российской ассоциацией эндокринологов, в основу которых легли результаты рандомизированных клинических исследований, выполненных согласно требованиям доказательной медицины.

Наряду с анализом международных данных в книге представлен многолетний опыт работы специализированных отделений ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ по всем клиническим аспектам диабетологии.

Руководство подготовлено в рамках подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2011 гг.», позволившей укрепить и повысить качество диабетологической службы в Российской Федерации.

Сахарный диабет: острые и хронические осложнения/ Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011 – 480 с.

Обе книги адресованы эндокринологам и диабетологам, терапевтам и кардиологам, педиатрам, хирургам, врачам общей практики, студентам и аспирантам, а также всем специалистам, принимающим непосредственное участие в лечении больных сахарным диабетом.

М.В. ШЕСТАКОВА,
докт. мед. наук, профессор, член-корреспондент РАМН,
директор Института диабета,
заместитель директора по научной работе ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ





БОЛЬ В СПИНЕ: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ

Наступившая осень добавила новые очереди пациентов к неврологам и терапевтам с обострением боли в спине. Традиционная терапия анальгетиками не всегда бывает эффективна. Как улучшить стандартную схему лечения? Может ли нейротропная терапия повлиять на болевой синдром вертеброгенного происхождения? На эти вопросы отвечает доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова **Андрей Борисович ДАНИЛОВ**.



Могут ли нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) полностью устранить вертеброгенные боли?

Если мы говорим о болях в спине, то прежде чем назначить лечение, врач должен тщательно и целенаправленно провести клинико-неврологическое обследование пациента таким образом, чтобы отнести его болевой синдром в одну из трех основных категорий: 1) неспецифическая боль в спине; 2) боль в спине, ассоциированная с радикулопатией или стенозом спинномозгового канала; 3) боль в спине, ассоциированная с другими специфическими процессами на спинальном уровне (рак, инфекция). В первых двух случаях для купирования острой боли можно назначить НПВП. Будет ли эффект? Это зависит не только от НПВП, но и от таких фак-

торов, как представления больного, установки, его ожидания, болевое поведение, психологический статус. Важно осознать, что при острой боли в спине задача заключается не в длительном курсе лечения пациента, а в скорейшем его возвращении в повседневную жизнь. Обезболивающие средства, в т.ч. НПВП, здесь абсолютно адекватны. Если процесс лечения затягивается, то острая боль переходит в хроническую. И чем дольше мы не справляемся с острой болью, тем выше риск, что произойдет хронификация. А это очень плохо. Почему? Потому что хроническая боль – это не симптом, а заболевание центральной нервной системы. Звучит непривычно? Но сегодня это признанный в науке факт. И проблема заключается в том, что ее лечить нужно по другим правилам. Здесь уже НПВП не помогают. Для эффективного лечения хронической боли нужен биопсихосоциальный подход и мультимодальное лечение, включающее когнитивные, поведенческие подходы, социальную реабилитацию, применение антидепрессантов и др. Реализовать на практике это лечение очень трудно: не везде есть условия, недостаточно времени и средств.

Почему лечение боли в спине должно быть комплексным?

В данном случае, на мой взгляд, слово «комплексное» ничего не значит. Большое количество методов лечения не всегда гарантирует его эффективность. Что важно понять и сделать? При острой боли в спине врач должен информировать пациента о вероятности благоприятного прогноза. Главная

рекомендация – оставаться активным, что является более эффективным, чем находиться в постели. Если пациент нуждается в периодах постельного режима, то можно разрешить 1–2 дня, но его нужно мотивировать как можно раньше возвращаться к активному образу жизни. Обезболивающие препараты должны быть назначены своевременно и в достаточной дозе, чтобы как можно быстрее дать возможность больному начать двигаться и заняться ЛФК. По мере уменьшения боли постепенно начинать двигаться и расширять диапазон физических упражнений. Это самое главное. Однако зачастую мы видим другое: человек в стационаре, под капельницей, 20 мин массаж, ужас в глазах, боится пошевелиться, «чтобы не выпал диск» или «не защемило». Следует разъяснить пациенту, что острая боль это не столько проблема позвоночника, сколько следствие определенных факторов в его жизни: неправильное питание и избыточный вес, неудобное рабочее место и сидячий образ жизни, многочисленные стрессы, отсутствие адекватных физических занятий и активного отдыха, курение, злоупотребление алкоголем и др. Если после купирования острой боли пациент ничего не меняет в своей жизни, мы будем наблюдать рецидивы и переход в хроническое болевое расстройство.

При каком типе боли нужно включать Мильгамму в схему лечения?

Для большинства пациентов с ноцицептивной болью, которая является наиболее распространенной, препаратами первого выбора являются НПВП. Однако остается актуальным вопрос их безопасности. Есть ли альтернатива? Здесь как раз уместно говорить о применении для лечения острой боли ампулированного препарата Мильгамма (2,0 мл), который содержит комплекс витаминов В₁, В₆, В₁₂ и лидокаин. Многие пациенты и врачи могут резонно заметить: при чем здесь витамины, если болит спина? Тем не менее, в настоящее время опубликовано более 100 исследований, показавших клиническое улучшение при применении витаминов группы В у пациентов с болевыми синдромами. Каким образом витамины группы В лечат боль? С появлением синтетических витаминов стало возможным

получить в одной дозе препарата то количество витаминов, которое человек бы получал с пищей в течение года. В этих больших фармакологических дозах комплекс витаминов В₁, В₆, В₁₂ рассматривается уже как «новый» лекарственный препарат. И возможно, что в этих дозах он приобретает новые свойства, в т.ч. и способность уменьшать боль. Это подтверждается экспериментальными работами, в которых показано, что витамины группы В (особенно В₁₂) способны уменьшать боль за счет действия на ЦНС.

Какова схема терапии Мильгаммой? Как скоро нужно ждать уменьшение болевого синдрома?

Никакой особенной схемы нет. Мильгамму назначают с первого дня болезни по 2,0 мл внутримышечно, ежедневно в течение 5 дней. Если к этому сроку боли полностью уходят, Мильгамму отменяют и постепенно увеличивают физическую активность. Если боли уменьшились, но еще сохраняются, можно продолжить еще 5 дней. Если боли не купируются за 10 дней, следует пересмотреть диагноз, возможно, были упущены из виду другие механизмы боли (центральная сенситизация, дизингибция и др.). Вполне допустимо, а при выраженных болях – желательным назначить одновременно Мильгамму и НПВП. По нашему и зарубежному опыту такая комбинированная терапия более эффективна и быстрее приводит к купированию боли. При этом можно сократить как сроки лечения, так и дозы НПВС, что немаловажно у пациентов с факторами риска. Есть несколько исследований, в т.ч. и наше, показавших, что инъекции Мильгаммы при острой боли в спине не уступают по эффективности диклофенаку, но в отличие от последнего не дают побочных явлений. Уменьшение боли на 70% происходит уже на 2–3-й день лечения. С точки зрения фармакотерапии корешкового болевого синдрома (который включает ноцицептивный и нейропатический компоненты), к вышеуказанной терапии следует добавить одновременно габапентин или прегабалин, которые лучше других уменьшают нейропатический компонент боли.

Беседу вел
К.А. БАБАСКИНА

БОЛИ В СПИНЕ?

МИЛЬГАММА

ПЕРВЫЙ* НЕЙРОТРОПНЫЙ КОМПЛЕКС

- Улучшает функциональное состояние нервных волокон
- Безболезненные инъекции
- Применяется в 27 странах мира

мильгамма®
раствор для внутримышечных инъекций
в ампулах
стерильно
5 ампул по 2 мл

MOEVA PHARMA

*по дате регистрации в России



ИНВИТРО

«ТЕРАПИЯ – ЦАРИЦА МЕДИЦИНЫ»

Состояние системы здравоохранения и уровень современной медицины предъявляют повышенные требования к уровню профессиональной подготовки врача.



Одной из самых сложных и многогранных является специальность «терапия», ведь даже в крупных городах, где доступны консультации врачей всех узких специализаций, чаще всего первым врачом, к которому обращается пациент, становится участковый терапевт или семейный врач. Поэтому не вызывает сомнения тот факт, что терапевтом (врачом общей практики, семейным врачом) должен быть специалист с широким медицинским кругозором, ориентированный в основных врачебных специальностях. То есть современный терапевт должен быть универсальным врачом, способным оказать многопрофильную помощь при многих заболеваниях и неотложных состояниях независимо от возраста и пола пациента.

Клиническая медицина и лабораторная диагностика должны быть вместе

Известно, что проявления нескольких болезней могут наблюдаться одновременно, поэтому все более востребованным становится междисциплинарный подход к обследованию и лечению пациента. При наличии сочетанной патологии необходимо понимание общих симптомов и рациональное использование методов диагностики. Современный врач не может работать без точных качественных показателей состояния систем и органов, обмена веществ, защитных резервов организма и т.д., так как на их основе устанавливается и объективизируется диагноз, контролируется течение заболевания и эффективность терапии. Поэтому врачу необходимо ориентироваться в различных методах обследования – объективных, инструментальных, лабораторных.

Лабораторная диагностика – одна из первых «помощников» терапевта, современные возможности лабораторной службы могут повседневно удовлетворять запросы лечащих врачей.



Вопросам качественного взаимодействия лабораторной диагностики и клинической медицины сегодня уделяется немало внимания. Независимая лаборатория ИНВИТРО не осталась в стороне от этой темы и провела в Москве встречу с ведущими клиницистами страны. Результаты мероприятия показали, что в профессиональном сообществе придерживаются единого мнения о том, что **в настоящее время следует воспринимать лабораторную диагностику не только как вспомогательный инструмент диагностики заболеваний, но и как инструмент контроля лечения.**

Как верно было отмечено участниками встречи, важен постоянный контроль лечения и оценка динамики результатов исследований для того, чтобы отсутствовало «искушение полечить», в частности, при отсутствии болезни как таковой, а при наличии просто «носительства». Сегодня существуют различные методы лабораторной диагностики, есть единые

тесты, которые используются на практике у клиницистов практически каждой специализации. К таким тестам можно отнести, например, показатели системного воспаления, актуальные и для нефрологии, и для ревматологии, и для далекой от терапии гинекологии.

«К сожалению, – считает В.Г. Савченко, академик РАМН, профессор, генеральный директор ФГБУ Гематологический научный центр МЗ РФ, – сейчас намечается тенденция, при которой наиболее информативными являются те результаты лабораторных исследований, которые врач получил в момент установления диагноза, а необходимо исследовать показатели динамически, на фоне или в процессе какого-то лечения. Вот в чем главный вопрос. Именно это у нас часто страдает, мы не всегда контролируем лечение».

Об образовании практикующих врачей

Сейчас много говорится и о качестве образования клиницистов; при этом существует проблема дефицита знаний, в т.ч. и по вопросам лабораторной диагностики. К тому же темпы развития методов и технологий, используемых в лабораторной диагностике, становятся все более стремительными. Врачам необходимо своевременно получать новую информацию и обновлять свои знания для того, чтобы в полной мере использовать последние достижения медицинского прогресса, применять новые диагностические возможности в практике, грамотно интерпретировать результаты исследований.

Одним из выходов из сложившейся ситуации может стать только хорошо сформированная система подготовки клиницистов. Из существующих форм образования все более востребованным становится

дистанционное обучение. Независимая лаборатория ИНВИТРО активно развивает это направление, иницируя проведение онлайн конференций с участием ведущих экспертов различных областей медицины; организует конференции и «круглые столы» в разных регионах нашей страны с акцентом на освещение возможностей современной клинико-диагностической лаборатории, правильной интерпретации результатов исследований с обязательным учетом клиники заболевания. В компании сформирован целый курс лекций как для терапевтов, так и для врачей других специальностей. Вебинары проходят на регулярной основе и доступны широкой аудитории специалистов сферы здравоохранения. В компании регулярно анализируются и внедряются в практику достижения медицинской науки.

На сегодняшний день нами сделан большой шаг навстречу практикующему здравоохранению, чтобы передать клиницистам свои знания и накопленный опыт в области лабораторной диагностики, в частности, знания о передовых лабораторных технологиях и удобных диагностических алгоритмах для оценки состояния организма пациентов.

Цель ИНВИТРО – эффективно содействовать расширению междисциплинарных научных коммуникаций в области медицины, повышать профессиональную подготовку клиницистов. Компания продолжает развивать образовательные проекты, учитывая потребности практикующих врачей.

ИНВИТРО всегда открыта для диалога с медицинским сообществом.

Е.В. РИЗВАНОВА,

канд. мед. наук, главный специалист департамента взаимодействия со специалистами сферы здравоохранения Независимой лаборатории ИНВИТРО



Образовательные проекты открывают новые возможности:

ИНВИТРО®

- получение информации о клинике, новейших направлениях в диагностике и лечении заболеваний
- он-лайн общение с ведущими специалистами различных областей медицинской науки и практики
- обмен клиническим опытом, обсуждение вопросов с коллегами
- получение ответов на актуальные юридические и экономические вопросы в сфере здравоохранения

С программой мероприятий можно ознакомиться на сайте: www.invitro.ru



Теперь вебинары проходят на качественно новой технической платформе совместно с Первым медицинским каналом www.1med.tv



Российская неделя здравоохранения



5-9 декабря 2011

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

3-7 декабря 2012



Центральный выставочный комплекс «Экспоцентр», Москва, Россия

www.zdravo-expo.ru

Организатор:



II НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО НЕВРОЛОГИИ РФ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ РАМН
РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие во II Национальном конгрессе «КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ»

В рамках Конгресса будут обсуждены:

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

В Конгрессе принимают участие ведущие специалисты научных и клинических центров России. В рамках Конгресса будет работать выставочная экспозиция лекарственных препаратов, медицинского оборудования и средств реабилитации.

Конгресс состоится 4-5 декабря 2012 г. в здании Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36

Оргкомитет Конгресса:
Тел.: + 7 (499) 740 8079
Факс: + 7 (499) 740 8079
E-mail: nko@neurology.ru
www.neurology.ru

Технический организатор Конгресса:
ООО «ДИАЛОГ»
Тел./факс: + 7 (495) 631 7383

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Медицинская газета

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

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

объем издания: 16 полос.

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

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

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

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



МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЙ»

Место и дата проведения конференции «Расстройства движений»:

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

19 декабря 2012 г.

РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЙ 2012

Movementdisorders.RU





ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ХОЛИНОМ АЛЬФОСЦЕРАТОМ И ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТОМ

Разработка новых лекарственных препаратов и терапевтических стратегий лечения инсульта является одним из важнейших направлений современной медицины. Это обусловлено высокой смертностью и инвалидизацией, которыми характеризуется инсульт. В России данная проблема особенно актуальна.

Развитие нейропротективного направления лечения представляется крайне перспективным. Основным смыслом нейропротекции является сохранение мозговой ткани до момента восстановления кровотока самостоятельно, в результате медикаментозного воздействия или в результате коллатерального кровотока. Раннее применение нейропротективной терапии позволяет: уменьшить долю транзиторных ишемических атак и малых инсультов среди острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу; значительно уменьшить размеры инфаркта мозга, удлинить период «терапевтического окна»; защитить нейроны от реперфузионного повреждения. До настоящего времени клинические исследования нейропротективных препаратов, влияющих на какой-либо один из установленных патологических этапов, оказались безуспешными, несмотря на обещающие результаты в разнообразных моделях инсульта. В связи с этим успех терапии инсульта может быть достигнут при использовании мультифункциональных препаратов или комбинированной терапии, направленных на прерывание нескольких патофизиологических механизмов.

Эффективность оксиметилэтилпиридина сукцината в лечении больных с ишемическим инсультом оценивалась в ряде клинических исследований, в частности, в рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании у больных (51 пациент) с ишемическим инсультом в возрасте 45–85 лет. В исследовании оценивалась динамика неврологической симптоматики по шкале NIHSS и функциональное восстановление, оцененное по шкале Бартеля. Результатом исследования стала достоверная положительная динамика неврологиче-

ских нарушений к 14-му дню лечения оксиметилэтилпиридина сукцинатом по сравнению с группой плацебо, а также достоверное функциональное восстановление к 21 дню лечения в случае начала терапии в первые 6 часов заболевания. Уменьшение неврологического дефицита на фоне применения оксиметилэтилпиридина сукцината в стандартной терапии позволило достичь фармакоэкономического эффекта, заключающегося в сокращении сроков госпитализации и повышении качества жизни больного.

Еще одним перспективным направлением нейропротекции является воздействие на холиновый обмен в ЦНС как за счет препаратов-донаторов (при поступлении которых, увеличивается содержание холина), так и препаратов, обладающих антихолинэстеразным действием.

Эффективность комбинации холина альфосцерата и оксиметилэтилпиридина сукцината оценивалась в сравнительном исследовании у больных в остром периоде тяжелого ишемического инсульта. В основную группу вошли 59 больных, которые получали комбинацию вышеуказанных препаратов на фоне базовой терапии, контрольную группу составляли 53 больных, проходивших лечение только базовой терапией. На 10-й день лечения смертность в основной и контрольной группах составила 27 и 42% соответственно, а частота благоприятных исходов – 73 и 58%. Был отмечен хороший профиль переносимости комбинированной терапии, которая не вызвала значимых побочных реакций.

Вышеперечисленные данные определили следующую цель нашего клинического наблюдения: оценить терапевтический эффект у пациентов с ишемическим инсультом комбинированной терапии холина альфосцерата (препарат Церетон®, производство компании Сотекс, Россия) и сукцината 2-этил-6-метил-3-оксипиридина (препарат Нейрокс, производство компании Сотекс, Россия) при следующем режиме дозирования: Церетон® – 1000 мг в сутки на

протяжении 14 дней при внутривенном, болюсном введении; Нейрокс – 250 мг/5,0 мл при внутривенном капельном введении на 250 мл физраствора.

Препараты вводились в утренние часы последовательно: Нейрокс – 250 мг/5,0 мл внутривенно капельно на 250 мл физраствора, далее Церетон – 1000 мг болюсно медленно; терапия составляла 14 дней.

Результаты

Характеристика больных

В исследование было включено 49 пациента, в т.ч. 16 с нарушением сознания, 44 пациента завершили участие в исследовании, 5 пациентов были исключены в связи с диагностированием в процессе лечения сопутствующего онкологического процесса и отказом от участия в исследовании. Пациенты были разделены на две группы: основную составили 24 пациента, контрольную – 20. В исследование были включены пациенты с повторным инсультом: в основной – 5 пациентов, в контрольной – 3. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести течения заболевания. Для больных было свойственно наличие гипертонической болезни, нарушения ритма сердца и обмена глюкозы. Большую долю составили больные с атеротромботическим генезом инсульта и микроангиопатией. Достоверных различий в основных характеристиках больных в обеих группах выявлено не было.

Оценка результатов лечения

Полученные результаты позволяют охарактеризовать состояние больных при поступлении как среднетяжелое. На фоне терапии отмечалась положительная динамика в восстановлении сознания, регресс очаговых неврологических симптомов как в исследуемой, так и в контрольной группах. Отмечена достоверно быстрая нормализация уровня сознания к 96 часам от момента поступления в стационар.

Анализ динамики регресса неврологической симптоматики, оцененной по шкале NIHSS, показал положительную тенденцию к восстановлению в основной группе к концу наблюдения (на 30 день). Достоверные различия были получены при оценке ответа на комбинированную терапию, которая рассчитывалась, как пропорция пациентов, у которых к моменту наблюдения балл регрессировал более чем на 35%.

Обсуждение полученных результатов

В наблюдении не было зарегистрировано нежелательных явлений и аллергических реакций, напрямую связанных с используемыми препаратами или режимом дозирования.

Полученные результаты свидетельствуют о клинической эффективности, хорошей переносимости комбинированной терапии холином альфосцератом (Церетон®) в дозе 1000 мг и этилметилгидроксипиридина сукцината (Нейрокс) в дозе 250 мг в течение 14 дней у больных с легким и среднетяжелым ишемическим инсультом в течение 30 дней. Показано достоверное влияние комбинированной терапии на степень восстановления неврологической симптоматики в группе больных, получавших комбинированную терапию к 30 дню наблюдения. Выявлено, что достоверно положительная динамика регресса неврологического дефицита отмечалась у пациентов, переносивших лакунарный и инсульт по типу атеросклероза крупных артерий. В меньшей степени комбинированная терапия оказала влияние на степень восстановления повседневной активности к 30 дню наблюдения, не достигнув степени достоверности, однако выявленная положительная тенденция позволяет прогнозировать получение лучших результатов на фоне реабилитационных мероприятий в раннем реабилитационном периоде. Необходимы дополнительные исследования клинической эффективности и влияния комбинированной терапии, возможно, в более высоких дозах, на отдаленные результаты, в частности, у пациентов с тяжелым инсультом, в восстановлении повседневной активности.

В.И. ШМЫРЕВ,

докт. мед. наук, главный невролог УДП РФ,

С.М. КРЫЖАНОВСКИЙ,

канд. мед. наук, врач-невролог

капсулы 125мг, 250мг

cotekc
ANVI
LABORATOIRE

Р N°ЛСР-006795/09 от 26.08.2009
Товар сертифицирован.

НЕЙРОКС® 100 мг/2мл №10
250 мг/5мл №5

Этилметилгидроксипиридина сукцинат

**КИСЛОРОДНЫЙ КОКТЕЙЛЬ
ДЛЯ МОЗГА И СЕРДЦА**

- Антиоксидант
- Антигипоксикант

Утвержден в стандарт медицинской помощи больным с инсультом**

Включен в ЖНВЛП

NEYROKS
Этилметилгидроксипиридина сукцинат

* Утвержден распоряжением Правительства РФ от 30 сентября 2009 г. №2135-р под группировочным названием этилметилгидроксипиридина сукцинат.
** Утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 августа 2007 г. №513 под группировочным названием этилметилгидроксипиридина сукцинат.
Информация для специалистов

cotekc



ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ГРИППА. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АСТЕНИИ В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД

Несмотря на весьма обширный список лекарственных препаратов, острые респираторные заболевания (ОРЗ) до сих пор остаются плохо контролируемые инфекции. Одной из причин этого является их полиэтиологичность – в настоящее время известно более 200 вирусов, относящихся к 6 семействам, вызывающим заболевания носоглотки и дыхательных путей (вирусы гриппа и парагриппа, РС-, адено-, рино-, корона-, энтеровирусы) и ряд бактерий (стрепто- и стафилококки, хламидии, микоплазма и др.).

В связи с возрастанием роли вирусов в патологии человека интерес врачей и исследователей к противовирусной терапии постоянно растет. За последние десятилетия появилось множество препаратов, действующих на респираторные вирусы на различных этапах их жизненного цикла. Однако, ввиду отсутствия у практического врача чувствительных методов вирусологической экспресс-диагностики, у пациентов с ОРВИ часто и вполне обоснованно применяют препараты, обладающие широким спектром противовирусного действия за счет неспецифических механизмов влияния на иммунитет.

Ведущую роль в защите против вирусов играют интерфероны 1-го и 2-го типа (INF- α/β и γ). Процесс образования интерферона требует индукции, а неодинаковая способность людей индуцировать интерферон связана с особенностями иммунного ответа. Низкая индукция INF- α и INF- γ при ОРВИ служит признаком измененной реактивности больных, объясняя возникновение реинфекции и бактериальных осложнений при текущей вирусной инфекции, активируя латентные очаги и наложение суперинфекции.

Депрессия иммунных реакций, наиболее выраженная в начале вирусной инфекции, особенно гриппозной, создает условия для попадания персистирующей в верхних дыхательных путях микробной флоры в другие – в норме стерильные – отделы с развитием в них воспалительного процесса. Вирус-индуцированная иммуносупрессия приводит к высокой частоте заболеваемости и хронизации инфекций. Так, установлено, что у 76,7–90% часто болеющих детей отмечаются нарушения в системе интерферона, характеризующиеся снижением индуцированной продукции INF- α (у 20%) и INF- γ (у 43%) при нормальном содержании интерферона в сыворотке крови. У пациентов с осложненным течением ОРВИ на фоне заболеваний ЛОР-органов также наблюдается снижение индукции INF- α и INF- γ .

Исходя из этого, в последние годы стали говорить о так называемой «многоцелевой монотерапии» ОРЗ, когда с помощью одного лекарственного средства удается добиться нескольких клинических эффектов. В этом плане рациональным является использование препаратов, стимулирующих продукцию собственного интерферона, активирующих естественный иммунитет и корригирующих адаптивный.

Индукторы интерферона – высоко- и низкомолекулярные соединения природного и синтетического происхождения, которые «включают» синтез эндогенного интерферона, обладают антивирусной активностью и выраженным иммуномодулирующим эффектом. Индукторы интерферонов обладают уникальной способностью стимулировать синтез эндогенных интерферонов в определенных органах и популяциях клеток, что имеет преимущества перед поликлональной стимуляцией иммуноцитов экзогенными интерферонами.

Широкое применение при лечении гриппа и ОРВИ получил Циклоферон (метглумина акридонацетат) – низкомолекулярный индуктор эндогенного интерферона, относящийся к классу акридонов. Оригинальный отечественный препарат выпускается в ампулах (12,5% р-р по 2 мл), таблетках (150 мг), в форме линимента (5% в тубе по 5 мл и 30 мл) и используется в клинической практике уже более 15 лет.

Широкий спектр профилактического и лечебного действия препарата при ОРВИ обусловлен прямым воздействием на репликацию вирусов и его интерферониндуцирующей, противовоспалительной и иммунокорректирующей активностью.

Фармакокинетика Циклоферона индуцирует синтез раннего альфа типа интерферона. Преимуществами препарата являются быстрое проникновение в кровь, низкое связывание с белками, широкое распространение в органах, тканях и биологических жидкостях организма. 99% введенного препарата элиминируется почками в неизменном виде в течение 24 часов. Однократное введение Циклоферона обеспечивает относительно длитель-

ную (до 72 часов) циркуляцию интерферона на терапевтическом уровне.

Циклоферон не обладает пирогенностью и аллергенностью; отсутствует опасность возникновения аутоиммунных процессов, отсутствуют мутагенный, тератогенный, эмбриотоксический, канцерогенный эффекты; не метаболизируется в печени и хорошо сочетается с традиционными терапевтическими средствами лечения. Высокая степень безопасности позволяет применять его как в педиатрической практике, так и лицам пожилого возраста. Сопутствующие соматические заболевания не требуют корректировки дозы препарата.

Поскольку Циклоферон активирует выработку организмом эндогенного интерферона, не обладающего антигенностью, закономерно отсутствуют негативные эффекты, присущие препаратам экзогенного интерферона. Синтез интерферона сбалансирован и подвергается контрольно-регуляторным механизмам, обеспечивающим защиту организма от перенасыщения.

Иммунорегуляторные свойства Циклоферона опосредуются через активацию INF- γ . Препарат способствует восстановлению Т-клеточного звена иммунитета, нормализует уровни субпопуляций CD3⁺, CD4⁺, CD16⁺, CD8⁺, CD72⁺-лимфоцитов, корригирует синтез иммуноглобулинов, повышает биосинтез высокоавидных антител, способствующих эффективной терапии. Высокие значения CD3⁺/INF- γ у детей, пролеченных Циклофероном, по сравнению с пациентами, получавшими базовую терапию, свидетельствуют о Th1-иммунном ответе, предотвращая развитие бактериальных осложнений. Противовоспалительное действие Циклоферона связано с нормализующим действием на баланс про- и противовоспалительных цитокинов.

При включении Циклоферона в терапию гриппа и других ОРВИ сокращается лихорадочный период, интоксикация, уменьшается длительность катарально-инфекционного периода. При ОРВИ под воздействием Циклоферона наблюдается снижение длительности острых эпизодов, уменьшение проявлений астенического синдрома, лимфаденопатии и осложненного течения заболевания, восстановление нормальной микрофлоры слизистых оболочек носа и зева.

Улучшение клинической симптоматики происходит на фоне усиления макрофагальной активности, активации синтеза интерферона, снижения уровня фактора некроза опухоли (TNF), нарастания концентрации иммуноглобулина А (IgA), включая его секреторный компонент (s-IgA).

Циклоферон наиболее эффективен, если начать его прием при первых признаках заболевания. Важно, что терапевтические свойства данного препарата не зависят от этиологии ОРВИ.

Препарат хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер, что препятствует развитию таких осложнений, как менингит, энцефалит и др.

У взрослых Циклоферон назначается по следующей базовой схеме:

1, 2, 4, 6, 8 дни – по 4 таблетки на прием. При тяжелом течении гриппа в первый день принимают 6 таблеток.

У детей в возрасте 4–6 лет – по 150 мг (1 таблетка), в возрасте 7–11 лет – по 300 мг (2 таблетки), старше 12 лет – 450 мг (3 таблетки) на прием один раз в сутки на 1, 2, 4, 6, 8 дни; при тяжелых или осложненных формах рекомендуется еще 5 приемов через 2 дня (11, 14, 17, 20, 23 дни). Курс лечения состоит из 5–15 приемов в зависимости от тяжести состояния и выраженности клинических симптомов.

Для лечения тяжелых, токсических и осложненных форм ОРЗ Циклоферон (раствор для инъекций 125мг/мл по 2 мл) назначается парентерально (в/м или в/в) взрослым по 2–4 мл, детям – в дозе 6–10 мг/кг 1 раз в сутки, но не более 250 мг в течение 2-х дней подряд; затем – через день. Всего на курс 5–10 инъекций.

Многочисленными клиническими исследованиями доказано, что Циклоферон является также средством экстренной профилактики гриппа в период сезонного подъема заболеваемости. В частности, при профилактическом применении Циклоферона отмечено снижение заболеваемости (в 2,4–4,4 раза) в организованных детских и подростковых коллективах в период повышенного подъема респираторной заболеваемости.

В качестве средства неспецифической профилактики препарат назначают взрослым и детям в указанных возрастных дозах один раз в день на 1, 2, 4, 6, 8 сутки, далее – еще 5 приемов с интервалом в 72 часа.

Кроме того, хорошо известно, что при заболевании ОРВИ у многих пациентов может происходить реактивация ряда латентных инфекций. Применение в терапии Циклоферона, обладающего активностью в отношении вируса простого герпеса, цитомегаловируса, способствует профилактике рецидивов герпесвирусных инфекций.

Таким образом, Циклоферон как средство неспецифической профилактики ОРЗ и гриппа в период неустойчивой эпидемической ситуации обеспечивает снижение частоты респираторных заболеваний. В случае лечения – дает возможность существенно ускорить процесс выздоровления, увеличить число легких форм ОРЗ, редуцировать тяжелые и осложненные формы, повысить качество лечебного процесса, сокращая длительность временной нетрудоспособности, в т.ч. и по уходу за детьми.

Научно доказано, что после перенесенных вирусных инфекций и иных острых заболеваний даже при формальном восстановлении трудоспособности синдром – слабость, повышенная утомляемость, чувство усталости, нередко существенно снижающие качество жизни человека.

Для быстрого купирования проявлений постинфекционной астении может быть рекомендован оригинальный препарат Цитофлавин (янтарная кислота + инозин + рибофлавин + никотинамид).

Входящая в его состав янтарная кислота (ЯК) способствует выработке аденозинтрифосфата (АТФ) и, как следствие, является мощным стимулятором выработки энергии и многих других функций организма, обладая при этом исключительной восстановительной мощностью. Детоксицирующее действие ЯК связано с энергетической поддержкой системы окисления, процессов дезинтоксикации и выведения чужеродных веществ.

Фармакокинетика янтарной кислоты в составе Цитофлавина отличается быстротой действия, которая достигается с помощью уникальной формулы. Янтарная кислота представлена в нем в чистом виде, а не в соли; в состав препарата входят коферменты дегидрогеназ, и поэтому действие Цитофлавина гораздо эффективнее и быстрее, чем отдельно взятой ЯК. Данный препарат оказывает терапевтическое действие путем воздействия на цикл Кребса, «протезируя» его субстрат и коферменты.

Положительный эффект Цитофлавина заметен уже при первом приеме, однако для его закрепления требуется пройти полный курс лечения: взрослым – по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 25 дней.

Таким образом, Цитофлавин содержит гармоничную композицию нейротропных соединений, способствующих быстрому устранению астении после острых респираторных инфекций. Предлагаемое усовершенствование системы медицинской помощи пациентам при ОРЗ будет, несомненно, способствовать повышению эффективности лечебных мероприятий и быстрому восстановлению трудоспособности.

Следует подчеркнуть, что Циклоферон и Цитофлавин производятся в России в соответствии с европейским стандартом качества лекарственных препаратов (GCP).

А.Г. ПЕТРОВА,

докт. мед. наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней ГОУ ВПО ИГМУ Минздрава России



ЦИТОФЛАВИН®

**Гармоничная
нейропротективная
композиция**

- Достоверно снижает проявления астенического синдрома (в т.ч. после продолжительного заболевания)
- Вызывает быстрое и устойчивое улучшение качества жизни больных с хронической ишемией мозга
- Позволяет эффективно и безопасно решить вопрос лечения дисциркуляторной энцефалопатии
- Производится в соответствии с международным стандартом GMP

*Мы создаём
УНИКАЛЬНОЕ*



ЦИКЛОФЕРОН®

**Самый Быстрый
индуктор интерферона**

Наиболее эффективен для экстренной профилактики гриппа и ОРВИ
Широкий спектр противовирусного действия
Совместим со всеми лекарственными препаратами

Per: №49990108
Per: №2011978308
Per: №89909010





Cotton Way

Аренда

текстильных изделий

Комплексное оснащение больниц текстилем



Вы фокусируетесь на лечение, мы на обеспечении текстилем

8 (800) 100-82-42
www.cotton-way.ru

**ЮБИЛЕЙНЫЙ
XX РОССИЙСКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
«ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»**

15–19 апреля 2013 года • Москва



ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

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

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

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

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

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

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

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

«Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»

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

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

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

КОНТАКТЫ:

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

Официальный сайт конгресса: www.medlife.ru

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»

3–6
ДЕКАБРЯ
Москва
ЦВК-Экспонентр

19-я
Международная
специализированная
выставка

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ufi
Approved
Event

аптека
МОСКВА
2012

в рамках выставки проходит

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ

- Развитие и реализация реформ в фармацевтической отрасли. Стратегия лекарственного обеспечения 2020
- Контрольно-надзорные мероприятия в сфере фармообращения. Практика проверок в соответствии с последними изменениями в законодательстве
- Фармацевтическое производство в условиях формирования единого экономического пространства (Проводится Ассоциацией Российских Фармацевтических Производителей (АРФП))
- Аптечный бизнес 2012: вектор развития (Проводится Российской Ассоциацией Аптечных Сетей (РААС))
- Надеяться на лучшее, но быть готовым ко всему (Проводится ААУ «СоюзФарма»)
- Аптечное звено в эпоху регуляторных перемен (Проводится Российской Ассоциацией Фармацевтического Маркетинга (РАФМ))
- Аптека и потребитель (Проводится НП «Аптечная гильдия»)
- Повышение доходности аптечного бизнеса в конкурентной среде
- БАД – продукция для здоровья?

Посещение выставки и участие в Форуме – бесплатное, при условии обязательной предварительной регистрации на www.aptekaexpo.ru. Количество мест для участников Форума ограничено!

info@aptekaexpo.ru
www.aptekaexpo.ru



Подписка через почтовые отделения России

Подписной индекс в каталоге «Пресса России» **29662**

Подписка на журнал через издательство ЗАО «РКИ Северо пресс»

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

Анналы
клинической и экспериментальной
НЕВРОЛОГИИ
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

БЛАНК-ЗАКАЗ

Название организации (или ФИО) _____
Адрес (с почтовым индексом) _____
Телефон: _____ E-mail: _____ Контактное лицо: _____
Номера журналов: (1, 2, 3, 4) нужное отметить

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

Извещение	<p>ЗАО «РКИ Северо пресс» КПП: 770401001 (наименование получателя платежа)</p> <p>77040193721 40702810500170000407 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)</p> <p>в ОАО «Банк Москвы» БИК 044525219 (наименование банка получателя платежа)</p> <p>Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810500000000219</p> <p>Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии» (наименование платежа) (номер лицевого счета (код) платежника)</p> <p>Ф.И.О. плательщика _____ Адрес плательщика _____ Сумма платежа _____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп. Итого _____ руб. _____ коп. « _____ » _____ 20 ____ г. С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.</p> <p>Подпись плательщика _____</p>
	<p>Квитанция</p> <p>ЗАО «РКИ Северо пресс» КПП: 770401001 (наименование получателя платежа)</p> <p>77040193721 40702810500170000407 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)</p> <p>в ОАО «Банк Москвы» БИК 044525219 (наименование банка получателя платежа)</p> <p>Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810500000000219</p> <p>Журнал «Анналы клинической и экспериментальной неврологии» (наименование платежа) (номер лицевого счета (код) платежника)</p> <p>Ф.И.О. плательщика _____ Адрес плательщика _____ Сумма платежа _____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги _____ руб. _____ коп. Итого _____ руб. _____ коп. « _____ » _____ 20 ____ г. С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен.</p> <p>Подпись плательщика _____</p>



ОСЕНЬ ВНОВЬ НАПОМНИЛА ДУШЕ О САМОМ ГЛАВНОМ...

РАЗВЕ ДЕНЬГИ ДЕЛАЮТ НАС СЧАСТЛИВЫМИ?

Новость о русском отшельнике и испанском короле, потрясшая умы ученых летом 2006 г., оказалась более достоверной, чем некоторые великие научные исследования. Григорий Перельман, бородастый математик, уединился в квартирке на окраине Санкт-Петербурга. Он был поглощен своей работой, отгородился ото всех и даже проигнорировал обращение короля Хуана Карлоса. Тот хотел вручить Перельману высшую награду по математике – Филдсовскую медаль – за то, что отшельник, очевидно, решил одну из важнейших проблем современной математики – гипотезу Пуанкаре.

Однако Перельману не нужны ни медаль, ни слова, равно как и награда в один миллион долларов, которую американский Математический институт Клэя обещал человеку, который уже 20 лет собирает и анализирует все исследования о счастье в Мировой базе данных.

Граница, за которой более высокая зарплата не приносит большего удовольствия, в каждой стране несколько ниже сред-

него годового дохода. Тот, кто накапливает больше денег и повышает свое социальное положение, не увеличивает ни количество счастливых моментов, ни степень удовлетворенности.

«Многие теоретики делают вывод, что продолжительное счастье возникает лишь в том случае, если не надо думать о следующих целях и изменениях, – говорит психолог Д. Пилберт, – то есть в ситуациях, когда человек не хочет нарушать свое состояние, – ни ради ордена, ни ради миллиона долларов».

Обнаружилось, что то, сколько денег приносит работа, напротив, едва ли имеет значение для того, насколько довольны опрошенные своей жизнью в общем. Психолог и лауреат Нобелевской премии по экономике Д. Канеман нашел этому объяснение. По его словам, счастье заключается в концентрации на чем-либо приятном. Он утверждает, что к материальным условиям люди привыкают быстро и не очень долго воспринимают более высокий оклад как повышенный, потому что вскоре после повышения зарплаты они начинают думать о больших деньгах.

Психиатр и исследователь поведения Г. Бернс объясняет: «Кто сам определяет, как удовлетворить свою потребность в новом, может вырваться из круговорота «будничного счастья» и действительно усилить свое счастье». Потому что тот, кто в поиске своего счастья ориентируется на общепринятые представления о ценностях, быстро достигает границы насыщения даже если речь идет не об исключительно материальных ценностях, как, например, благосостояние. Достижение таких идеалов, как создание семьи, также приносит счастье.

Важным фактором счастья, утверждает социолог Р. Вeenховен, является независимый выбор профессии, которая доставляет удо-

вольствие. Важно самому себе ставить цели: «Как я хотел бы жить? Какую профессию выбрать? Самое важное – не сделать выбор профессии в зависимости от внешних причин: или потому, что идеология или жена требует чего-то определенного, или потому что надо больше зарабатывать».

То, что способность к повышенной внутренней мотивации делает людей счастливее, установили американские психологи Т. Кассер и Р. Рьян в 2000 г. вместе с немецким психологом П. Шмуком из университета Геттингена. Они опросили американских студентов об их целях в жизни и их удовлетворенности. Студенты должны были оценить, в какой мере важны для них такие жизненные цели, как: «Все люди однажды узнают твоё имя» или: «Все люди будут говорить о том, как хорошо ты выглядишь». Но также и такое: «Ты будешь нести ответственность за свою жизнь» или: «У тебя будут хорошие друзья, на которых ты сможешь рассчитывать». И было установлено следующее: студенты с внутренними целями, как, например, желание быть в гармонии с самим собой или общаться с другими людьми, были, согласно опросу, очень довольны своей жизнью. Студенты, стремившиеся к внешним целям, таким, как слава, состояние, хорошая внешность и социальное признание, напротив, считали себя, скорее, недовольными.

Есть и такие исследователи, которые считают, что «...счастьем невозможно управлять. Потому что есть невезение, есть судьба, дом может сгореть, семья – умереть». Лучше всего, если человек не будет переоценивать вещи, не поддающиеся расчету, как и свое ожидание найти счастье в достижении внешних целей.

Ю. ПЕТРОВА

В ТАЙНЕ ОТО ВСЕХ...

*Срубили дерево, сгубили,
Мотали, мучили его,
И в результате получили
Вот этот белый лист. И вот*

*Он передо мной, он чист и робок,
Он бел, как черная дыра,
И просит он его не трогать
И шепчет ласково – пора.*

*Пока он чист, он суверенен:
Над ним еще законов нет.
Он полон тайн и суверий.
Но вот является поэт –*

*И лист становится бумагой
И плоским – без вершин и ям,
И по нему наш бедолага –
Хорей какой-нибудь иль ямб –*

*Летит в такси иль осторожно
Ползет из пункта А в пункт Б,
А в сущности – никак не может
Дорогу отыскать себе.*

*И мнется лист, и рвется в клочья,
И гонит от стола тоска,
И вскакивая среди ночи,
Покажется, что отыскал*

*Все нужные слова! И зрячим
Теперь ты будешь навсегда,
И лист становится прозрачным,
Как в чистом роднике вода.*

*И будешь тить ее, и зубы
Заломит вдруг от новизны,
И все – тушканчики и зубры,
Финты фореги, блеск блесны...*

*Молчанье кориуна и мыши,
Подземный шорох, буйство вод
И реактивного несмышленый
Над городом твоим полет...*

*Гул колокола, колокольчик
Над дверью друга, свежий сруб,
И языка дразнящий кончик
Между порочных алых губ...*

*Короче, все! Земля и небо,
Вся красота и тайна их
Без противления и гнева
Естественно войдут в твой стих!*

*Но спать уже пора, и утром,
Что, как известно, мудреней,
Ты просыпаешься не мудрым,
А рассудительным, скорей.*

*И после тщательной прополки
Трудов вчерашних ты вздохнешь
И, сдавшись в плен, дойдешь до полки
И томик Пушкина возьмешь,*

*Себе границы обозначишь,
Отметишь кой-какой успех
И вдруг бестомножно заплачешь,
Конечно, тайне ото всех...*

Олег АФАНАСЬЕВ

МЫСЛИ, МЫСЛИ...

Лучшее алиби – быть жертвой.
Лучше маленький доллар, чем большое спасибо.
Лучше обед без аппетита, чем аппетит без обеда.
Лучше семь раз покрыться потом, чем один раз ином.
Лучше с трудом заниматься любовью, чем с любовью заниматься трудом.

Пешеход всегда прав. Пока жив.
Главное – не перейти улицу на тот свет.
Красиво жить не запретишь. Но помешать можно...
Все люди – братья, но не все – по разуму.
Лучше пузо от пива, чем горб от работы.
Лысына – это полянка, вытоптанная мыслями.

Мало знать себе цену, надо еще пользоваться спросом.
Если вам долго не звонят родственники или друзья, значит, у них все хорошо.
В историю трудно войти, но легко вляпаться.
Как трудно ползти с гордо поднятой головой!
Обидно, когда твои мечты сбываются у других!
На своих ошибках учатся, на чужих – делают карьеру.

Воспитанный мужчина не сделает замечания женщине, плохо несущей шпалу.
Высшая степень смущения – два взгляда, встретившиеся в замочной скважине.
Пусть лучше над тобою смеются, чем плачут.
Пока семь раз отмеришь, другие уже отрежут.
Труднее всего человеку дается то, что дается не ему.
Мало найти свое место в жизни, надо найти его первым.

Если человек знает, чего он хочет, значит, он или много знает, или мало хочет.
В любом из нас спит гений. И с каждым днем все крепче...
Мыслить так трудно, поэтому большинство людей судит.
Чем больше смотрю в зеркало, тем больше верю Дарвину.
Чтобы начать с нуля, до него еще надо долго ползти вверх.
Нашедшего выход заглатывают первым!

М. ЖВАНЕЦКИЙ



ТАБЛЕТ
ИНТЕРФАРММЕДИКА
СПЕЦИАЛИЗОВАННО

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ЗАО «РКИ Соверо пресс»

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

Редакция газеты
«ИНТЕРФАРММЕДИКА»

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

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

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

©Дизайн ЗАО «РКИ Соверо пресс»

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

Свидетельство
о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-35244

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

Тираж 5000 экз.

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

Рукописи и иллюстрации не возвращают-
ся. Издатель не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
Издатель приветствует письма читателей,
но не вступает в переписку. Мнение авто-
ров может не совпадать с точкой зрения
редакции.



Тел./факс: +7 (499) 159 98 47,
E-mail: soveropress@bk.ru,
www.soveropress.ru