



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Ноябрь 2010

№ 8 (110)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>
Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Мы проехали по дорогам страны около 14 тысяч километров, часто заезжая туда, куда обычно туристы или врачи-консультанты не заезжают. На освоение маршрута у нас ушло 3 года, за это время нам удалось побывать в десятках медицинских организаций, пообщаться с огромным числом медицинских работников. Среди организаций оказались на пути и ФАПы, и участковые больницы, центральные больницы районов, дома престарелых, зоны для больных туберкулезом и др. Постепенно приходит осмысление виденного, обобщение материала. Некоторые из них представлены в публикуемых заметках.

Вот как представились здания больниц и поликлиник. Практически все здания и сооружения, в которых расположены медицинские организации государственной и муниципальной системы здравоохранения

Медицина страны

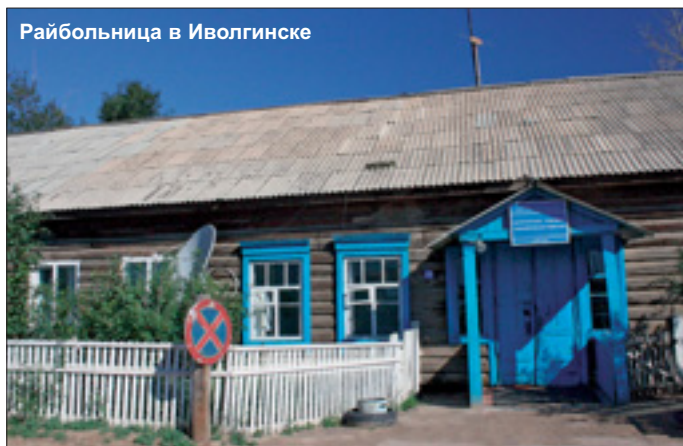
из окна автомобиля

Из путевых заметок автопробега Москва–Сахалин 2010
«За справедливое здравоохранение»

П. Воробьев

Часть 1

отделение в 50–70 коек. Конечно, такие проекты не способствуют соблюдению ни гигиенических, ни санитарно-эпидемиологических норм.



Райбольница в Иволгинске



Койка в больнице Ерофея Павловича

построены 40–50 и более лет назад. Крупные муниципальные и областные (краевые, республиканские) больницы и роддома в большинстве своем расположены в специально спроектированных и построенных зданиях (типовые или индивидуальные проекты). То же самое касается большей части поликлиник в областных (краевых, республиканских) центрах. Районные больницы и поликлиники, а особенно участковые больницы и ФАПы, часто располагаются в приспособленных помещениях — монастырях, конюшнях, складах, бараках, занимают помещения в жилых домах и даже в школах. Многие здания одноэтажные, деревянные, стоят прямо на земле практически без фундамента. Возраст зданий и сооружений в районном звене здравоохранения существенно выше, чем в областном, и составляет в отдельных случаях 100 и более лет. В районном звене здравоохранения зданий и сооружений, возведенных специально по типовым или индивидуальным проектам, крайне мало (исключая крупные городские центры).

Весьма часто здания и сооружения строились и пристраивались на протяжении полувека и никакой исходной структуры не имели. Многие здания возводились на протяжении не одного десятка лет, являясь наглядным примером «долгостроя». В результате комплекс таких зданий разных эпох постройки выглядит живописно, тем более что, как правило, между ними возводятся различные переходы, разрабатываемые местными архитекторами-умельцами. В результате больницы уже с первого взгляда производят жалкое впечатление заброшенности, неухоженности и безвкусицы. Подавляющее большинство медицинских организаций неэстетичны.

Вокруг больницы, согласно существующим нормам, как правило, имеется достаточно большая территория, чаще всего занятая «парком». Однако и здесь все осуществляется «по остаточному принципу», парки и территории поддерживаются силами самих сотрудников медицинских организаций (субботники), планирование парков отсутствует. Чаще всего никаких прогулочных маршрутов вокруг больниц нет, как нет и стандартного садово-паркового «инвентаря»: беседок, скамеек, фонтанов, игровых площадок и т. д. Несколько лучше обстоят дела в детских больницах.

Большинство крупных больниц окружены высокими заборами, имеются КПП. Заборы нередко создают трудности прохождению посетителям. Однако в районах таких «излишеств», как правило, нет, так как нет средств на содержание круглосуточной охраны.

Еще более удручающим выглядит обеспечение кислородом: хорошо, если оно есть в операционных и реанимациях, но кислорода практически нет в палатах отделений, даже в палатах интенсивной терапии. Это значит, что отсутствует доступность вспомогательного

дыхания кислородом и искусственной вентиляции легких вне помещений реанимаций. Следует учесть, что современные аппараты ИВЛ работают от давления, создающегося в кислородных магистралях (около 5 атмосфер) и не могут работать даже при наличии достаточного потока при использовании кислородных концентраторов. Да и самих кислородных концентраторов не много, они не входят в состав привычного оборудования отделений больниц.

Кухни в большинстве больниц представляют собой отдельно стоящие здания. Лишь в редких случаях можно увидеть современное оборудование для приготовления пищи, чаще всего используются старые котлы и плиты. Прописи блюд, меню — 30–40-летней и более давности. Работа на таком оборудовании трудоемка и не позволяет индивидуализировать и разнообразить меню. Для того, чтобы кухня функционировала имеются и складские помещения, холодильное оборудование, иногда — места для заготовки солений. В одном учреждении нам с гордостью показали запасную кухню, работающую от дровяной печи — на случай отключения электроэнергии. Для большого числа небольших больниц кухни вообще не нужны, правильнее было бы использовать работу сторонних организаций (опыт такой имеется), однако такой аутсорсинг не регламентирован, и самостоятельность главного врача легко может быть приравнена к нецелевому расходованию бюджетных средств с соответствующими выводами.

В подавляющем большинстве больниц и поликлиник крайне слабое оснащение диагностическим оборудованием (не берем крупные многопрофильные больницы): недостаточно разнообразных УЗИ, аппаратов для мониторинга ритма сердца и давления, нет лабораторных анализаторов, офтальмологического оборудования и т. д. Во многих больницах нет приемных и диагностических отделений. Практически отсутствует гемодиализ (как острый, так и хронический) и нет систем водоподготовки. В некоторых районных больницах имеется кабинет переливания крови (иногда — с возможностью карантинизации свежезамороженной плазмы), лечебный плазмаферез. Постепенно исчезают больничные производственные аптеки.

Продолжение на стр. 2

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!
Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2011 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 500 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД
Просим вас, при желании в 2011 г. получить газету, оплатить ее доставку до 1 января 2011 г.!
С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ	Кассир	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор./с банка получателя платежа) Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2011 г. (с НДС-18%) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Плательщик: _____ Дата: _____ 2010 года
	Кассир	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор./с банка получателя платежа) Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2011 г. (с НДС-18%) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Плательщик: _____ Дата: _____ 2010 года

Начало на стр. 1 ↗

Но практически ничего из обсуждаемого нет в участковых больницах, а ведь они нередко расположены в отдаленных регионах, откуда до райцентра не круглый год можно добраться иначе, как с помощью санавиации. Одним из предложений может являться развитие модульного и вахтового здравоохранения. Попробую объяснить.

Универсальные модули создаются на основе стандартного 40 футового контейнера (2×12 м). Ограничением является относительно небольшая высота стандартного контейнера — около 2,5 метров, однако можно предусмотреть 2-этажные строения, собираемые из 3 модулей, поставленных друг на друга: средний модуль является промежуточным и содержит потолок нижнего модуля и пол верхнего, а также коробка для разводки кабелей, труб и системы вентиляции.

Важное отличие сборки зданий из модулей-конструктора — отпадает нужда в нулевом цикле — рытье котлована, установка фундамента, его гидроизоляция и т. д. Легкие конструкции не нуждаются в фундаменте!

Из модулей собираются участковые больницы на 3—6 коек (койки могут пустовать, но быть «наготове»), плюс диагностический и операционный модуль. Модулями нужно оснащать районные больницы диагностическими службами и приемными отделениями с блоками интенсивной диагностики и терапии, кабинетами переливания крови и гемодиализа, благо территории больниц позволяют это делать.

Дополнительно модули могут использоваться для установки на палубах барж (мобильные диагностические центры для движения по крупным рекам), автомобилях (по зимнику достигаются отдаленные поселки), на железнодорожных платформах (диагностический поезд). Учитывая развитие телекоммуникационных технологий, модули могут стать основой «выездной» медицины, совмещающей в себе элементы диспансеризации, первичной диагностики с использованием телемедицинских подходов и оказания плановой превентивной помощи (например, плановая операция с использованием робота-хирурга). Стандартное оборудование модулей позволит работать бригадам врачей



Девять из Ерофея Павловича некуда

«на выезде», если нет постоянного врача, осуществлять диагностику по Интернету с использованием труда парамедиков.

Модули могут быть следующих функциональных предназначений:

- Диагностические модули с многофункциональным (универсальным) аппаратом УЗИ, системой суточного мониторирования АД и ритма сердца, автоматизированной лабораторией на 10—12 биохимических параметров, возможно — ПЦР-диагностикой, рентгеноаппаратом (флюорограф), набором эндоскопов, офтальмологическим, стоматологическим, гинекологическим и ЛОР-оборудованием (все может быть собрано в 1—2 кабинетах), КТ\МРТ
- Операционный модуль
- Стоматологический модуль
- Модуль интенсивной терапии



Райбольница в Шира

- Палатный модуль с санузлом, системой кислородообеспечения
- Модуль гемодиализа
- Модуль кабинета переливания крови
- Вспомогательные модули (кислородная станция, энергообеспечение, система очистки воды, отопление, склады, переработка отходов и т. д.)

Надо заметить, что кое-какие предпосылки и даже отдельные образцы в нашей стране имеются, и все это не выглядит такой уж фантастикой. Во всяком случае, модульное и вахтовое здравоохранение позволит решить огромное количество медицинских проблем населения отдаленных территорий.

Современное здравоохранение характеризуется высокой степенью децентрализации принятия решений — от клинических решений до решений о закупке лекарств или оборудования. В этих условиях ответственность за принятие решения возрастает. При этом далеко не всегда решения просты и однозначны. В отношении лекарств наиболее часто под вопросом оказывается эффективность препарата или сравнительная эффективность по отношению к препаратам, которые уже используются. Для того, чтобы разобраться на уровне больницы или региона, в условиях дефицита ресурсов для полноценного научного изыскания, имеет ли препарат доказательства эффективности или нет, используется подход, названный «краткой оценкой медицинских технологий» (или «быстрой» оценкой). Суть его заключается в кратком систематическом поиске литературы, оценке уже проведенных систематических обзоров.

Краткие оценки медицинских технологий работают не хуже полноценных систематических обзоров — дело за внедрением

О.В. Борисенко

Недавно опубликован важный и интересный систематический обзор, посвященный анализу различий структуры и качества традиционных систематических обзоров и кратких обзоров (кратких оценок медицинских технологий, быстрых обзоров) (Ganapp *et al.* *Implementation Science*. 2010. N 5. P. 56). Серьезным вызовом является соблюдение баланса между скоростью проведения обзора и его качеством. Ведь ускорение проведения обзора достигается за счет ограничения числа баз данных поиска, ограничения языка поиска, ограничения контакта с экспертами, ограничения получения полнотекстовых статей, ограничения оценки качества публикаций, исключения ручного поиска и поиска в «серой» литературе и др. И как правило, «быстрые» обзоры нацелены на очень узкий конкретный вопрос.

Опубликованный обзор включает 70 исследований, многие из которых являются систематическими обзорами по различным методическим аспектам методологии обобщения доказательств. Основные находки обзора сводятся к следующему:

- общие заключения не различаются между быстрыми и традиционными обзорами;
- традиционные обзоры чаще описывают клинические исходы, экономические факторы, социальные вопросы, дают большую глубину и детализацию информации;
- важнейшее условие для быстрых обзоров — полная методологическая прозрачность;
- быстрые обзоры зачастую выполняются в сложных областях, при отсутствии достаточной информации, включают исследования низкого качества;
- Кокрановские обзоры чаще обновляются, не содержат ограничения по языку публикации по сравнению с обзорами, выполненными вне Сотрудничества;
- в условиях ограничения времени исследования желательнее проведение контакта с экспертами, просеивание списков литературы включенных публикаций, оценка качества включенных исследований, чем проведение тщательного поиска в дополнительных базах данных;
- исследование показало, что 24% могут быть потеряны

в обзоре, если не проводится контакт с экспертами; контакт с экспертами особенно важен в тех случаях, когда имеется мало публикаций по проблеме;

- при участии в обзоре двоих специалистов количество включенных исследований увеличивается на 9%;
- исключение поиска в «серой» литературе (Интернет, неспециализированные, нерцензируемые журналы, труды конференций) снижает риск систематической ошибки публикации положительных результатов; с другой стороны, включение множества небольших исследований может увеличить размер эффекта и привести к систематической ошибке за счет включения исследований низкого качества;
- включение неанглоязычных публикаций увеличивает стоимость и длительность выполнения обзора,

но проводит к более консервативным оценкам эффекта; однако в целом обзоры с и без включения неанглоязычных исследований не различаются значительно;

- влияние языка включенных публикаций может быть значительным в области традиционной медицины;
- ограничение включения статей по территориальному принципу выполнения исследований может привести к систематической ошибке публикации, так как исследователи некоторых стран публикуют сравнительно большее количество положительных результатов.

Лидерами в области кратких оценок являются Канада, Великобритания, США, Дания. В России эти технологии практически не используются, хотя потребность в них колоссальна. Одной из задач моей кандидатской диссертации являлась разработка методики оценки медицинских технологий в условиях ограниченных ресурсов Ставропольской краевой больницы. В ходе данной работы мы оценили несколько технологий, часто применяющихся в стационаре (а точнее, имеющих категорию жизненной необходимости «N» (второстепенные средства) при нахождении в группах «A» и «B» затрат при проведении ABC- и VEN-анализа). Исследование позволило отказаться от некоторых из них, уточнить условия применения других (тексты оценок доступны на сайте www.rspog.ru). Но это — единственный опыт, практически не тиражируемый. Также практически не привилась в России практика «журнальных клубов» — ежемесячных заседаний сотрудников одного или нескольких отделений больницы, на которых они по очереди представляют результаты оценки доказательности тех или иных медицинских технологий. Исследования показывают, что подобные «клубы» помогают внедрению научно обоснованной практики.

Проведенный обзор не дает однозначного ответа о качестве и эффективности «быстрых» обзоров — это зависит от темы обзора. В целом такие исследования должны рассматриваться как промежуточные до получения полноценных данных из традиционных систематических обзоров. В то время как «быстрые» обзоры не рассматриваются как заместители традиционных, их выводы могут не отличаться значительно, так как основное значение имеет качество включенных публикаций. Это очень важные результаты, они особенно значимы для нашей страны. То есть достаточно кратких обзоров для оценки как спорных, так и новых технологий. Нам нужно повсеместно внедрять эти подходы. Дело, как обычно, за малым.



ИНСУЛЬТ. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Под редакцией П.А. Воробьева

Ньюдиамед, 2010 г. — 480 с.

ISBN 978-5-88107-083-0

Книга «Инсульт. Нормативные документы» включает в себя Протокол ведения больных. Инсульт, стандарты медицинской помощи больным с инсультом на разных этапах ее оказания, а также порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

По вопросам приобретения обращаться:
Издательство «Ньюдиамед»

www.zdrav.net

E-mail: mtpndm@dol.ru

(499) 782-31-09

Оргкомитет Премии имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева Московского городского научного общества терапевтов. объявляет очередной конкурс

на соискание Премии имени Д.Д. Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы, признанные достижения в профессиональной деятельности. В конкурсе могут принимать участие российские и зарубежные врачи.

Соискатель премии может выдвигаться как самостоятельно, так и третьими лицами (организациями, физическими лицами). Выдвижение кандидатов на соискание Премии производится в соответствии с Положением, опубликованном в Вестнике МГНОТ № 64 (2007 год) и на сайте www.zdrav.net.

Документы, необходимые кандидату для участия в конкурсе:

1. Заполненная и подписанная анкета от Заявителя с указанием сведений о номинанте:

- полностью фамилия, имя и отчество;
- число, месяц и год рождения;
- место работы с указанием адреса учреждения, телефона, электронной почты;
- занимаемая должность;
- стаж работы,
- ученая степень,
- ученое звание и даты их присуждения;
- домашний адрес и телефон;
- паспортные данные;
- ИНН;
- номер пенсионного свидетельства.



2. Обоснование участия в конкурсе в произвольной форме.

3. Представление иных документов возможно, но не требуется.

Дата окончания подачи документов на участие в конкурсе — 1 марта 2011 года.

Документы по выдвижению номинантов передаются в письменной форме по адресу Оргкомитета Премии: 115446 Москва, Коломенский пр-д, д. 4, ГКБ № 7, терапевтический корпус, кафедра гематологии и гериатрии. Желательно продублировать анкету по факсу: 8(499)-245-33-83, 8(499)-782-31-09 или по электронной почте balch@dol.ru. Дата отправки корреспонденции не позднее 1 марта 2011 года.

Общий список кандидатов, представленных на соискание премии, будет опубликован в газете Вестник МГНОТ.

Жюри Премии предстоит рассмотреть списка соискателей и принять решения о присуждении Премии одному из номинантов. Основным критерием оценки является общепризнанный вклад в развитие отечественной терапевтической школы.

Вопросы можно направлять на адрес balch@dol.ru контактное лицо — Анохина Юлия Валерьевна.

XIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС МОО «ОБЩЕСТВО ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ» «СПРАВЕДЛИВОСТЬ, КАЧЕСТВО, ЭКОНОМИЧНОСТЬ»

Организационный комитет

Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7

Тел/факс: (8-499-782-31-09)

E-mail: mtpndm@dol.ru

Уважаемые господа!

Сообщаем, что 20—21 декабря 2010 года будет проводиться XIII международный конгресс Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» «Справедливость, Качество, Экономичность: от общегосударственных решений до решений на уровне больницы».

Участниками данной конференции традиционно являются руководители и сотрудники органов управления здравоохранением, руководители лечебно-профилактических учреждений, научно-исследовательских институтов, клинические фармакологи и другие заинтересованные специалисты, представители обществ пациентов.

На конференции проводятся тематические симпозиумы, доклады, пленарные выступления, лекции, школы.

Основные вопросы для рассмотрения на конгрессе:

- Фармакоэкономика, фармакоэпидемиология;
- Модернизация системы здравоохранения России;
- Новое законодательство в области регулирования лекарственного обращения: теория и практика;
- Безопасность лекарственных средств и фармаконадзор;
- Деятельность общественных организаций пациентов;
- Клиническая фармакогенетика;
- Оценка медицинских технологий;
- Перечень жизненно необходимых лекарственных средств, перечень редко применяемых медицинских технологий, негативный перечень лекарственных средств;
- Принятие решений в здравоохранении на основе медицины доказательств и клинико-экономического анализа;
- Система стандартизации в здравоохранении: протоколы ведения больных и стандарты медицинской помощи;
- Справедливость и доступность медицинской помощи в России;
- Проблема редких заболеваний;
- Формулярная система;
- Ценообразование на лекарственные средства;
- Управление качеством в медицинских организациях;
- Этические вопросы в здравоохранении.

Во время конгресса будет проводиться выставка с участием ведущих фирм — производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

Конгресс будет проходить по адресу: г. Москва, ул. Русаковская 24, гостиница «Холидей Инн Сокольники».

Информационная поддержка конгресса: журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении», журнал «Клиническая фармакология и фармакоэкономика»,

газета «Вестник Московского Городского Научного Общества Терапевтов», Интернет-сайт МОООФИ www.rspro.ru.

По всем вопросам обращаться по тел./факсу 8-499-782-31-09 или по E-mail: mtpndm@dol.ru или office@rspro.ru

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов: 3400 рублей.

Регистрационный взнос для членов Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ) с учетом действующих налогов: 3000 рублей.

Регистрационный взнос обеспечивает: аккредитацию участника конгресса, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов и других материалов конференции, сертификат участника, обед в ресторане гостиницы. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом конгресса на основании заявки на участие и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять по курсу ЦБ на день проведения платежа на расчетный счет ООО «Медико-технологическое предприятие Ньюдиамед»:

К/с 301 018 100 000 000 005 05,

Р/с 407 028 105 000 000 004 85

в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)

БИК 044 579 505,

Код по ОКОНХ: 915 14, ОКВЭД — 22.12

Код по ОКПО: 189 440 19, КПП 770201001

ИНН 770 224 522 0

с пометкой «Конгресс по качеству» (при необходимости высылается счет-фактура).

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

Заявки на участие в конференции по прилагаемой форме направляются после перечисления регистрационного взноса и принимаются до 1 декабря 2010 г. Авторы докладов, включенных в программу конференции, получают уведомление от Оргкомитета

Заполните заявку, **обязательно указав в ней форму участия**, и вышлите по адресу: 115446 г. Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Оргкомитет конгресса «Справедливость, Качество, Экономичность» или по факсу 8-499-782-31-09. Заявки по электронной почте просим продублировать факсом или письмом.

Для иногородних участников, при наличии в заявке указания на необходимость обеспечения жильем, на время конференции бронируется гостиница.

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в Оргкомитет конгресса «Справедливость, Качество, Экономичность»

ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Место работы и должность: _____

Адрес для переписки: _____

Телефон/факс: _____

Форма участия (отметить):

Слушатель

Стеновый доклад

Устное сообщение

В жилье:

Нуждаюсь

Не нуждаюсь

ИнтерНьюс

Клеточной терапии здесь больше нет

Власти Коста-Рики распорядились закрыть крупнейшую в стране клинику, пациентов которой лечили стволовыми клетками. Чиновники считают, что эффективность стволовой терапии пока не доказана, а потому... В Институте клеточной медицины в Сан-Хосе лечились от рассеянного склероза, артрита, повреждений спинного мозга и других заболеваний около 400 пациентов, в основном иностранцев – жителей США. Курс обходился в 5–30 тысяч долларов. Лечение предусматривало изъятие стволовых клеток из жировых тканей и костного мозга самих пациентов и введение их вбольные органы. Для терапии также использовались стволовые клетки, добытые из пожертвованной пуповинной крови. Клиника, принадлежащая предпринимателю из Аризоны Нилу Риордану, имела разрешение на хранение стволовых клеток, но не была уполномочена проводить стволовую терапию. Г-ну Риордану также принадлежат клиника в Панаме, занимающаяся аналогичной деятельностью, и компания Aidan Products, которая продаёт, помимо прочего, питательные добавки, якобы стимулирующие выработку в организме кровяных стволовых клеток. Министр здравоохранения Коста-Рики Мария Луиза Авила заявила в телефонном интервью агентству Рейтер, что «подобное лечение не разрешено ни в одной серьезной стране мира». Институт закроется в пятницу, 4 июня. Представители клиники отказываются от комментариев. Лечение стволовыми клетками сегодня также предлагают больницы в Китае, Таиланде и Мексике. Однако американская клиника пользовалась особой популярностью благодаря стабильной обстановке в стране, современной туристической инфраструктуре и близости к Соединённым Штатам.

Источник: Портал «Вечная молодость» <http://vechnayamolodost.ru>

Россиян обеспечат здоровым питанием с помощью нанотехнологий

Правительство РФ утвердило основы государственной политики в области здорового питания населения. Задачей документа, реализация которого рассчитана на период до 2020 года, является расширение отечественного производства безопасных и качественных продуктов для различных групп населения. Документом предусмотрено развитие в России производства пищевых продуктов, обогащенных незаменимыми компонентами, специализированного детского питания, диетических (лечебных и профилактических) продуктов и биологически активных добавок в пищу. Правительство намерено развивать производство полезных продуктов путем внедрения в пищевую промышленность инновационных технологий, в том числе нано- и биотехнологий. Также государственная политика в области здорового питания предусматривает мероприятия по совершенствованию организации питания в организованных коллективах, обеспечению полноценным питанием беременных и кормящих женщин и детей в возрасте до 3 лет, совершенствованию диетического питания в лечебно-профилактических учреждениях.

Для различных групп населения планируется разработать специальные образовательные программы по вопросам здорового питания, а также проводить мониторинг питания населения РФ. Результатом реализации госполитики, как предполагается, станет увеличение доли отечественных продуктов отечественного производства на российском рынке до 80–95%. Доля отечественных производителей в производстве продуктов, обогащенных витаминами и минеральными веществами (включая массовые сорта хлебобулочных изделий и молочные продукты) должна быть доведена до 40–50%.

В начале августа Министерство здравоохранения и социального развития утвердило новые рекомендации по рациональному потреблению пищевых продуктов. В документе приводятся рекомендованные показатели потребления продуктов в расчете на среднестатистического жителя РФ. В частности, усредненный россиянин должен ежедневно съедать не менее 260 яиц, от 95 до 100 килограммов картофеля, 120–140 килограммов овощей и бахчевых, 70–75 килограммов мяса и мясопродуктов и так далее.

Источник: medportal.ru

Каждый специалист проходит долгий путь совершенствования, и в этом совершенствовании большая роль принадлежит учителям. У меня, как у врача и хирурга, были свои учителя, у которых я перенимал и профессиональный опыт, и знания, и их взгляды на жизнь. Я горжусь своими учителями и с благодарностью вспоминаю их роль в своей судьбе. Мне неприятны высказывания некоторых моих коллег, которые надменно и самодовольно заявляют, что гордятся тем, что у них не было учителей, и что всего в своей жизни они добились сами. Такого не бывает и быть не может. Я сохраняю очень уважительное отношение не только к своим учителям, но и к их учителям. У меня, как у хирурга, есть свое «генеалогическое» дерево со своими хирургическими отцами и дедами.

Выдающийся хирург Николай Нилович Бурденко — мой хирургический дедушка

Одним из моих учителей был ученик Н.Н. Бурденко, профессор Александр Федорович Лиепукалн. На одной из подаренных А.Ф. Лиепукалну фотографий Н.Н. Бурденко сделал надпись: «Моему ученику и преданному другу: А.Ф. Лиепукалну на память в знак веры человеку. Вы всегда меня утешали, Н. Бурденко, 20.12.1945».

Если мне позволительно назвать А.Ф. Лиепукална своим хирургическим отцом, то Николай Нилович Бурденко, безусловно, мой хирургический дед. К этому добавлю, что мои родители, будучи студентами медицинского факультета Московского университета им. М.В. Ломоносова, в 1920-е годы слушали лекции Н.Н. Бурденко.

Приведу некоторые биографические сведения о Н.Н. Бурденко. Он родился 22 мая (3 июня) 1876 г. в селе Каменка Нижне-Ломовского уезда Пензенской губернии. В 1891 г. поступил в Пензенскую духовную семинарию. Окончив семинарию в 1897 г. он, как выпускник с выдающимися способностями, получил направление в Петербургскую духовную академию. Легко выдержал вступительный экзамен в академию, но в академии не остался и решил уехать в Томский университет изучать медицину. Семья осудила «безрассудный» поступок Н.Н. Бурденко. Отец считал, что непослушный сын умрет с голоду, и никто ему не сможет помочь. Он дал сыну две почтовые марки за 7 копеек и сказал, что больше помочь ему не может. А марки он дает для того, чтобы, когда сын умрет с голоду, пусть хоть кто-то пришлет отцу сообщение о его кончине. Велико было огорчение отца, что сын не идет учиться туда, где есть перспектива обеспечить себя материально. В 1898 г. Н.Н. Бурденко поступает в Томский университет, но, несмотря на успешную учебу, за участие в акциях протеста в 1901 г. исключается из университета. Вскоре он не только повторно исключается из университета, но и лишается права проживать в Томске. Поработав на поприще земской медицины, Н.Н. Бурденко в 1903 году получает возможность продолжить учебу в Юрьевском (Тартуском) университете. Будучи студентом 4-го курса медицинского факультета Юрьевского университета, он, как фельдшер, участвовал в русско-японской войне в 1904 году. В составе «летучего санитарного отряда», организованного профессором В.Г. Цеге-Мантейфелем, Н.Н. Бурденко в июне 1904 года, при оказании помощи раненым на поле боя, был ранен в руку и контужен. За проявленное мужество он был награжден солдатским Георгиевским крестом.

В 1949 г. я вступил в научно-студенческий кружок при кафедре госпитальной хирургии. Кафедрой руководил прибывший из Москвы профессор Александр Федорович Лиепукалн. Вскоре я стал председателем научного кружка. Может быть, поэтому, а может потому, что мы жили в соседних служебных квартирах при 1-й Рижской городской клинической больнице, А.Ф. Лиепукалн нередко делился со мной своими мыслями и замыслами. Как-то он мне рассказал, что в 1905 году Н.Н. Бурденко, еще не имея диплома врача, работал субординатором в 1-й Рижской городской клинической больнице. А.Ф. Лиепукалн попросил меня поработать в больничном архиве, проанализировать историю болезни революционного 1905 года и выявить записи, сделанные рукой Н.Н. Бурденко. Как удалось уточнить, Н.Н. Бурденко приехал в Ригу 1 марта 1905 г. и начал работать в 1-й Рижской городской клинической больнице под руководством заведующего отделением, доктора Адольфа Бергмана. Истории болезни в то время в основном заполнялись на немецком языке. Из рассмотренных 3047 историй болезней только 16,6% были написаны по-русски. Записей на латышском языке почти не было. Это понятно, если учесть, что до 20-х годов XIX века 1-я Рижская городская

клиническая больница была немецкой и почти все врачи в ней были немцами. Н.Н. Бурденко прибыл в Ригу уже после революционных событий 13 января 1905 года, во время которых на набережной Даугавы царские войска с использованием винтовок, шашек и нагаек разогнали 50-тысячную демонстрацию трудящихся. В результате разгона было убито 70 человек и ранено около 200. Многие из пострадавших были доставлены в 1-ю Рижскую городскую клиническую больницу. Немецкие врачи эти революционные события оценивали как «рабочий скандал» и в соответствующей графе отмечали: «Пострадал во время рабочего скандала». За время работы Н.Н. Бурденко в 1-й Рижской городской клинической больнице в 202 историях болезней удалось выявить записи, сделанные его рукой. Первая запись сделана им в истории болезни № 954 от 1 марта 1905 г. у больного с переломом костей голени. Его рукой написано: «Больной чувствует в повязке себя хорошо». Последняя запись датирована 5 августа 1905 г. И только в одном случае, от 14 марта 1905 года, в дневнике истории болезни имеется подпись Н.Н. Бурденко — «за ординатора, Бурденко». Проанализировав архивные материалы, я подготовил научную работу: «Фото-документы к революционным событиям 1905 года в Риге (включая истории болезни с записями Н.Н. Бурденко)». Эту работу я доложил на студенческой научной конференции, и она стала моей первой научной публикацией. 10 августа 1976 года, в год столетия Н.Н. Бурденко, правительство Латвии приняло постановление о присвоении 1-й Рижской городской клинической больнице имени Н.Н. Бурденко. При рассмотрении этого вопроса были учтены исторические данные о работе Н.Н. Бурденко в этой больнице, опубликованные в моем сообщении. Вернувшись в Юрьев (Тарту), Н.Н. Бурденко продолжает учебу в университете и летом 1906 года, блестяще сдав экзамены, он получает звание лекаря с отличием и врачебный диплом (№ 1341 от 20 мая 1906 г.). Впереди были годы напря-

женного врачебного труда как в мирных, так и в военных условиях. Н.Н. Бурденко внес неоспоримый вклад в развитие медицинской науки, получив всемирное признание. Он стал одним из основоположников отечественной нейрохирургии. Н.Н. Бурденко стал первым Президентом Академии медицинских Наук СССР (1944–1946 гг.), в 1943 г. он был удостоен звания Героя Социалистического Труда. После 1905 года Н.Н. Бурденко еще дважды побывал в Латвии. 27 июля 1944 г. советскими войсками был освобожден Двинск (Даугавпилс). В городе был развернут армейский госпиталь ЭГ-3331. Военный врач госпиталя Бенцион Миронович Церлюк рассказал мне некоторые подробности посещения госпиталя Главным хирургом Советской Армии Н.Н. Бурденко. В госпитале планировалось провести сравнительные испытания советского и американского пенициллина. Пенициллин, как известно, был открыт английским микробиологом Александром Флемингом, который, исследуя один из видов плесневого грибка, 15 сентября 1928 г. выделил антибактериальное вещество, назвав его пенициллином. В сентябре 1978 г., ровно через 50 лет после открытия пенициллина, мне в составе группы советских хирургов посчастливилось побывать в скромной лаборатории Александра Флеминга, где совершилось гениальное открытие антибактериального препарата. Однако только в 1941 г. учеными из Оксфорда Ховардом Флори и Эрнстом Чейни были доказаны возможности использования пенициллина в лечебной практике. Все трое (А. Флеминг, Х.У. Флори и Э.Б. Чейн) в 1945 г. были удостоены Нобелевской премии. Советский пенициллин был создан профессором Зинаидой Виссарионовной Ермольевой в 1942 г. Американские фирмы стали производить пенициллин в 1943 г. и начали пересылать его своему союзнику — СССР. Осенью 1944 г. в Двинск (Даугавпилс) прибыл Главный хирург Советской Армии академик Н.Н. Бурденко для проведения операций и испытания антибактериальных препаратов. Н.Н. Бурденко лично оперировал больных со спинно-мозговыми ранениями. Оперировал он, несмотря на возраст, четко и быстро. Больные получали пенициллин, так что впервые на территории Латвии пенициллин был использован в 1944 г. Напряженная работа в госпитале с участием Главного хирурга Советской армии совпала с ноябрьскими праздниками. Врачи госпиталя после окончания операций решили устроить торжественный вечер с застольем. Дополнительно к имеющейся водке у местного населения была приобретена самодельная водка. К сожалению, в этой самодельной водке был метиловый спирт и празднование завершилось трагически. Один из армейских хирургов после этого торжества ослеп. У Н.Н. Бурденко после проведенных напряженных операций возникли проблемы со здоровьем. Нельзя было исключить возмож-

Продолжение на стр. 5 ↗

Начало на стр. 4 ↗

ность повторного инсульта. Нагрузка на сердце тоже была чрезмерной. К счастью, Н.Н. Бурденко участие в торжественном ужине не принимал. Его изолировали в кабинете начальника госпиталя, уложив на покрытый матрасом длинный письменный стол. Решили не размещать в палате, чтобы избежать ненужных кривотолков о состоянии его здоровья. На другой день специальным самолетом Н.Н. Бурденко был эвакуирован в Москву. Общаясь со мной, Александр Федорович Лиепукалн часто делился воспоминаниями об эпизодах из жизни Н.Н. Бурденко. Эти рассказы позволяли создать более полноценный образ великого врача и ученого, с сильными сторонами его характера и некоторыми человеческими слабостями. Многие эпизоды из жизни Н.Н. Бурденко были немного комичны и их невозможно воспринимать без улыбки. Во время учебы Н.Н. Бурденко нередко бедствовал, а это сформировало у него заботливое и бережное отношение ко всему, в том числе и к своей одежде. Как человек, переживший голод, не может позволить себе выбрасывать хлеб, так и Н.Н. Бурденко, даже спустя много лет, став уже академиком, оставался крайне бережливым. Хотя возможности у него были большие — он был генералом, академиком и несмотря на это был чужд расточительности. Его жена, Мария Эмильевна Бурденко, тоже была очень строгой и экономной женщиной, контролирующей финансовые расходы семьи. Н.Н. Бурденко много писал, и журналы охотно публиковали его работы. Издательские гонорары обычно получала его жена. Она приходила в редакции, предъявляла свой паспорт, получала деньги и уходила. К ней уже все привыкли, ее знали в лицо и не вникали в предъявляемые документы. Как-то, после одной из публикаций, Н.Н. Бурденко решил сам получить свой гонорар. Но в бухгалтерии ему сказали: «Позвольте, ведь Бурденко — это женщина, мы ее хорошо знаем, а Вы кто будете?». Пришлось объяснять, что именно он является автором публикации и гонорар причитается ему. В генеральской форме, которую Н.Н. Бурденко выдавали и периодически обновляли в армии, он смотрелся очень хорошо. Но он часто ходил в гражданской одежде, и окружающим бросалось в глаза, что нередко она была чрезмерно поношенной. В одном пальто он ходил годами, пока оно, совершенно истертое, окончательно теряло внешний вид. Н.Н. Бурденко был главным хирургом Кремля, к нему за консультациями обращались очень высокопоставленные люди, они видели состарившуюся одежду академика, переживали за него, но не знали, как ему помочь — то ли деньгами, то ли как-то по-другому. И тогда в кремлевских кулуарах решили, что Н.Н. Бурденко надо подарить добротную и изысканную шубу. Вопрос был согласован с председателем Совнаркома СССР Вячеславом Михайловичем Молотовым. Сам Н.Н. Бурденко даже не подозревал, что для него шьется беличья шуба. Шубу ему преподнесли и не забыли упомянуть, что решение о подарке принял сам В.М. Молотов. Н.Н. Бурденко радовался как ребенок. Зимой, когда он ходил читать лекции, в аудиториях было довольно прохладно, и профессор накидывал шубу на плечи. Обычно он спрашивал у студентов, знают ли они, кто ему подарил эту шубу. Студенты, конечно, делали вид, что понятия не имеют, хотя о происхождении этой шубы знали почти все московские медики. Тем не менее, Н.Н. Бурденко нередко повторял, что подарил ему шубу сам В.М. Молотов. Кончилась зима, стало тепло и, естественно, отпала необходимость ходить в аудиторию в шубе, но Н.Н. Бурденко не мог отказать себе в удовольствии ее демонстрировать. В один из весенних дней, когда стало очень тепло, Н.Н. Бурденко вошел в аудиторию в шубе. Читая лекцию, почувствовал, что стало совсем жарко, он снял и повесил шубу тут же в аудитории на гвоздик, а после лекции забыл взять ее с собой. Сначала он не спохватился и вспомнил только потом, когда надо было ехать домой. Где шуба? В кабинете нет, в аудитории тоже нет. Из-за утраты у Н.Н. Бурденко чуть не случился сердечный приступ, он ведь просто обожал свою шубу. Была вызвана милиция. Все очень волновались не столько из-за исчезнувшей шубы, сколько из-за состояния самого Н.Н. Бурденко. О случившемся сообщили в Политбюро, к

поискам шубы были подключены чекисты. По указанию из Кремля были подняты по тревоге все службы государственной безопасности. К Н.Н. Бурденко пришел один из генералов милиции, постарался успокоить академика и заверил, что шуба в тот же день будет найдена и возвращена ему. И действительно, все быстро выяснилось. Был пойман некий студент, которого никто и представить себе не мог в роли вора. Он попытался быстро сдать шубу в один из комиссионных магазинов и получить деньги, но тут же был задержан. В магазинах уже ждали, кто принесет ворованное добро. Представители службы безопасности были наготове. Н.Н. Бурденко поинтересовался, кто же взял его шубу? Ведь его студенты — это будущие врачи, как же они могут решиться заниматься кражами? Н.Н. Бурденко выразил желание поговорить со студентом, укравшим шубу. Когда тот явился, Н.Н. Бурденко спросил: «Как ты мог это сделать? Я тебя учу медицине, ты будущий врач. Как ты мог?». «Профессор, — сказал студент, — мне нечего есть, я голодаю. Я не могу существовать. Мне надо было что-то сделать, чтобы выжить». Н.Н. Бурденко, сам переживший многое в своей жизни, понял студента и простил его. Он просил не наказывать студента и дать возможность продолжать учебу. Более того, Н.Н. Бурденко сам решил выплачивать студенту небольшую стипендию из своего оклада, чтобы тот не умер с голоду. Финансировал он студента до самого завершения учебы. После окончания медицинского факультета он стал врачом, занимался научной работой, защитил диссертацию и получил научную степень. Мне так и не удалось выяснить фамилию этого студента. Ни Н.Н. Бурденко, ни А.Ф. Лиепукалн не назвали его фамилии, считая, что нужно забыть о совершенном в прошлом поступке уважаемым ныне ученым. Когда о пропаже своей шубы Н.Н. Бурденко рассказал жене, она отметила, что Н.Н. Бурденко нельзя носить хорошую шубу, потому что в следующий раз уташат не только шубу, но и его самого. Н.Н. Бурденко был необычным человеком, выступая в защиту врачей, он был способен на неординарные предложения. В 1930-х годах в Москве проходил громкий судебный процесс по обвинению врача в убийстве. Молодой врач оперировал больного по поводу атеромы головы, но диагноз оказался ошибочным. У больного была мозговая грыжа, и вскоре после операции пациент скончался. Н.Н. Бурденко был приглашен на заседание суда в качестве эксперта. Он, проанализировав все обстоятельства, объяснил причины допущенной роковой ошибки неподготовленностью врача и предложил суду принять решение о направлении этого врача на повышение квалификации к себе в клинику. Суд согласился с предложением, и в последующем этот врач вырос в крупного нейрохирурга. Н.Н. Бурденко, выступая в защиту врачей и ученых, проявлял порой большое гражданское мужество. Это отчетливо проявилось в его роли по освобождению из заключения выдающегося ученого Льва Александровича Зильбера. В 1938 г. Л.А. Зильбер оказался в лагере Печорстрой. Несмотря на нечеловеческие условия лагерной жизни, он изучал пути борьбы с распространенной среди заключенных пеллагрой. Для этого он организовал выращивание пекарских дрожжей на оленьем мохе — ягеле. Из дрожжевого белка Л.А. Зильбер создал препарат «антипеллагрин». В результате развернувшейся борьбы за освобождение Л.А. Зильбера, он в июне 1939 г. вышел на свободу, но в сентябре 1940 г. был арестован вновь. В марте 1944 г. виднейшие ученые подписали письмо, адресованное И.В. Сталину, с просьбой пересмотреть дело Л.А. Зильбера и освободить его. Первым это письмо подписал Н.Н. Бурденко. Чтобы подписать такое письмо в 1944 г., надо было обладать исключительным мужеством. Это письмо И.В. Сталину с подписями Н.Н. Бурденко, Л.А. Орбели и З.В. Ермольевой, было передано в Кремль 21 марта 1944 г. и в тот же день в 1-м часу ночи Л.А. Зильбер был на свободе. В последующие годы выдающийся советский ученый Лев Александрович Зильбер сформулировал принципиально новую концепцию происхождения опухолей. Им была издана монография «Вирусная теория происхождения опухолей». Он является

Продолжение на стр. 6 ↘

ИнтерНьюс

Страдающий ожирением бразилец отсудил компенсацию за работу в Макдональдсе

Бывший сотрудник ресторана McDonald's в Бразилии отсудил у компании компенсацию за набранный во время работы лишний вес. Решение о выплате компенсации принял судья Жоао Фильо в городе Порту-Алегри. Экс-менеджер McDonald's, чье имя не называется, работал в сети ресторанов около 12 лет. По словам 32-летнего мужчины, он был вынужден ежедневно пробовать приготовленные блюда, так как руководство компании использовало «таинственных покупателей» для оценки качества обслуживания клиентов ресторана. Кроме того, бывший менеджер отметил, что сотрудников ресторана обеспечивали бесплатными обедами. В результате, за время работы мужчина поправился примерно на 30 килограммов. Рассмотрев иск бывшего сотрудника McDonald's, Жоао Фильо обязал компанию выплатить располневшему мужчине компенсацию в размере 17,5 тысячи долларов США. Представители компании не исключают, что будут оспаривать решение суда. В сентябре 2009 года суд американского штата Иллинойс обязал пиццерию оплатить одному из работников операцию по снижению веса. Во время работы мужчина получил травму, которая требовала хирургического лечения. Однако для проведения этой операции сотруднику пиццерию было необходимо избавиться от лишнего веса.

Источник: medportal.ru

Британские ночные клубы призвали нанять парамедиков для помощи пережившим

Британские врачи призвали ночные клубы нанимать парамедиков для помощи посетителям, в первую очередь при интоксикации алкоголем. Такая инициатива предпринята с целью разгрузить больницы, куда, по данным Национальной службы здравоохранения (NHS), в среднем каждые семь минут доставляют пациента с отравлением алкоголем. Число подобных обращений за медпомощью возросло за 10 лет на 54% с 45 100 в 1999 году до 69 360 в 2009 году. По словам президента Колледжа неотложной медицины Джона Хейурта, представляющего в Великобритании врачей соответствующего профиля, многие из таких пациентов не нуждаются в стационарном лечении и создают лишнюю нагрузку на NHS. В связи с этим врачи неотложной помощи выступили с предложением включать в штат ночных клубов парамедиков. Несколько крупных владельцев подобных заведений уже наняли специалистов по первой помощи в особенно популярные клубы и на массовые мероприятия, однако в некоторых случаях это происходило за счет сокращения других сотрудников. Как заявил исполнительный директор управляющей рядом клубов фирмы Noctis Пол Смит, обязывать заведения нанимать парамедиков нет смысла. По его словам, сотрудники ночных смен ответственно подходят к продаже алкоголя клиентам. Однако, отметил Смит, посетители некоторых клубов приходят в них, предвзято выпив или приняв наркотические вещества, и если в заведении постоянно вызывают «скорую», оно заслуживает особого внимания. Остальные же клубы, по его мнению, не нуждаются в постоянных услугах парамедиков, тем более что это ударяет по их бюджету значительно сильнее, чем кажется на первый взгляд.

Источник: Daily Mail

В здании ООН обнаружены клопы

Клопы, распространение которых в США достигло масштабов эпидемии, обнаружены в здании Организации Объединенных Наций (ООН) в Нью-Йорке. Как сообщалось ранее, в последние несколько лет Соединенные Штаты переживают настоящее нашествие клопов, невиданное со времен Второй мировой войны — кровососущие насекомые заводятся в домах граждан, больницах, общежитиях и даже в престижных отелях. В связи с этим в апреле 2009 года в стране прошел первый в истории саммит по борьбе с клопами, однако существенных результатов пока не достигнуто. Наихудшая ситуация наблюдается в Нью-Йорке. О нашествии клопов недавно заявляли такие известные организации как Эмпайр-Стейт-Билдинг, отель «Уолдорф-Астория», и Карнеги-холл. 27 октября с подобным заявлением выступила администрация комплекса зданий ООН. Как следует из заявления, несколько клопов было обнаружено в одном из строений еще в марте 2009 года, после чего соответствующие службы провели дезинсекцию. Однако недавний обход зданий с выносивающими клопов собаками выявил наличие этих насекомых в мебели библиотеки и конференц-зала. В связи с этим в комплексе планируется повторная дезинсекция. Многочисленные сообщения в СМИ также свидетельствуют о том, что нашествие клопов уже сказывается на туристическом бизнесе Нью-Йорка: многие люди, узнав о распространении кровососущих насекомых, возвращают путевки туроператорам.

Источник: New York Post

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в заседании Высшей Школы Терапии МГНПОТ
Тема заседания: «Хроническая ишемия головного мозга»

Программа:

Житникова Лариса Михайловна

Доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины ММА им. Сеченова, Исполнительный директор Общероссийской Ассоциации врачей общей (семейной) практики.

Доклад: «Тактика ведения пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в практике терапевта»

Дамулин Игорь Владимирович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней ММА им. Сеченова

Доклад: «Сосудистые когнитивные расстройства: новое в диагностике и лечении»

В конце заседания — кофе-брейк, розыгрыш призов.

Начало заседания 8 декабря 2010 в 17.30. в зале «Охотный ряд».

Место проведения заседания: гостиница «Холмидей Инн» Сокольники.

(ул. Русаковская, д. 24, метро «Сокольники»)

ИнтерНьюс

1000 Genomes Project: первые результаты

Ученые объявили о завершении пилотного этапа проекта «1000 геномов». Цель проекта, начатого в 2008 году – описать изменчивость человеческой ДНК в разных популяциях. За пилотный этап ученые провели полное или частичное секвенирование геномов около 800 человек и описали множество новых генетических вариаций, а также количественно оценили, в какой степени мы генетически отличаемся друг от друга. Над проектом работал огромный международный консорциум, секвенирование проводилось на базе девяти научных центров. Данные представлены Европейской молекулярно-биологической лабораторией Европейского института биоинформатики и Национальным центром биотехнологической информатики США в открытом доступе на сайте 1000genomes.org. Цель пилотного этапа состояла в разработке и сравнении нескольких стратегий секвенирования множества геномов. Пилотный этап включает три отдельных проекта. Первый: полностью секвенировали с малым, по 2–6 проходов, перекрытием (это означает меньшую точность данных) геном 179 человек. Из них 59 относятся к популяции йоруба в Нигерии, 60 жителей штата Юта европейского происхождения и 30 японцев. Второй: полностью секвенировали с высоким (S42) перекрытием (с высокой точностью) геном шести человек из двух семей (йоруба и потомков европейцев из Юты), каждая состоит из родителей и дочери. И третье: частично секвенировали геном 679 человек из семи популяций Африки, Европы и Азии. Для этого выбрали 8140 экзонов (кодирующих участка) из 906 генов. Одна из главных целей биологии и медицины – понимание связи между генотипом и фенотипом: признаками организма, которые закодированы в ДНК. За годы, прошедшие после расшифровки нуклеотидной последовательности первого человеческого генома, появилось много данных о генетической изменчивости разных людей. Создана база данных по однонуклеотидным полиморфизмам (SNP), по вставкам и делециям (вырезаниям) в последовательности ДНК, по частотам различных генетических вариаций в разных популяциях (MapMap Project). SNP (снимки) – мутации, затрагивающие только один нуклеотид. Снимки очень часто бывают связаны с теми или иными характерными признаками (то есть один вариант ассоциирован с одним типом проявления признака, а другой – с другим), поэтому их удобно использовать для диагностики и сравнения последовательностей между собой. Эти данные стимулировали открытие множества генов, связанных с различными заболеваниями – за пять лет нашли более тысячи таких участков. Несмотря на это, говорят ученые, до сих пор отсутствует глубокое понимание вклада генетики в фенотип человека. В ходе пилотного проекта ученые расшифровали 4,9 терабайта информации, закодированной в ДНК. Они описали 15 млн SNP, 1 млн нуклеотидных вставок и делеций, 20 тысяч больших вариаций строения ДНК. Из них множество ранее не описанных. Например, 8 млн новых SNP. Полное секвенирование геномов двух семей позволило не только выявить у их членов все генетические вариации, но и проследить, как эти вариации передаются следующему поколению. Только в этой части проекта ученые нашли 5,9 млн SNP, 605 тысяч вставок и делеций и свыше 14 тысяч больших структурных вариаций. Семейный проект позволил оценить скорость возникновения новых мутаций в половых клетках – она равна примерно 10^{-8} на пару оснований за поколение. Популяция африканцев продемонстрировала наибольшее число вариаций (в том числе новых). У африканцев ученые нашли 63% и 44% новых SNP (в первом и третьем проектах), а среди европейцев – 33 и 22%. Это свидетельствует о большем генетическом разнообразии африканского населения. Исследователи также выделили около 1000 генов, дуплицированных у большинства людей, причём в некоторых случаях число копий варьировало от 5 до 368 на человека. Сравнение новых данных с результатами изучения геномов шимпанзе, гориллы и орангутанга показало, что у людей появляется несколько больше копий генов, связанных с функционированием и развитием мозга. Исследователи подсчитали, что среди индивидуальных различий генома в среднем 10–12 тысяч SNP ведут к различиям в белках, кодируемых генами. Индивидуальные различия составляют в среднем 190–210 небольших нуклеотидных вставок и делеций, 80–100 стоп-кодонах (сочетания нуклеотидов, останавливающих синтез белка). Выяснилось, что каждый человек имеет в среднем 250–300 вариаций, нарушающих работу генов. А главное – каждый человек несет в среднем 50–100 мутаций, связанных с наследственными заболеваниями (они находятся в базе данных Gene Mutation Database, HGMD). По словам авторов, их работа позволяет хотя бы начать разбираться в том, как формировался геном человека под влиянием естественного отбора. Оценив степень расхождения между популяциями, ученые пришли к заключению, что большинство локальных (к местным условиям среды) адаптаций возникло с изменением частоты уже существующих мутаций, а не с появлением новых. Уже сейчас полученные данные позволяют точнее локализовать гены, ассоциированные с различными заболеваниями. Полный проект «1000 геномов», который по плану должен завершиться в 2012 году, будет включать секвенирование с низким перекрытием (порядка $\times 4$) и глубокое секвенирование кодирующих участков 2500 геномов со всех континентов. Ученые ожидают, что проект позволит описать 95% изменчивости, встречающейся в популяциях с частотой не менее 1%. Общая стоимость проекта оценивается от 30–50 до 120 миллионов долларов.

Источник: <http://vechnayamolodost.ru>

Начало на стр. 4, 5 ↗

автором фундаментального труда «Основы иммунологии рака, неоспорима роль Н.Н. Бурденко, мужественно защитившего ученого и вернувшего его к научной деятельности. Несмотря на свой возраст и проблемы со здоровьем, Н.Н. Бурденко продолжал проводить сложные операции. Было принято решение увековечить его работу в операционной на киноленте. Для съемки была отобрана планируемая операция по удалению опухоли в переднем средостении грудной клетки. Были приглашены кинооператоры. Камеры в то время были очень тяжелые, устанавливались на штативах. Так как во время серьезной операции посторонним по операционному залу ходить нельзя, то одну из камер установили по одну сторону стола, вторую – с другой стороны, и еще один оператор «вооружился» переносной камерой. Начиналось все очень торжественно. Обработав руки и облачившись в стерильный халат Н.Н. Бурденко подошел к операционному столу и уверенно сделал разрез тканей в области грудины. И в это время хлынул мощный фонтан крови. Кровотечение было такой силы, что остановить его было невозможно. Залитые кровью кинооператоры быстро исчезли из зала, съемка была прервана. Больной умер тут же на операционном столе. Выяснилось, что опухоли в средостении у больного не было, а была аневризма аорты, настолько большая, что деформировала грудину. Хирург, принимая решение об операции, ориентировался на заключение рентгенолога о наличии «образования» в переднем средостении. Аневризма не была констатирована. Н.Н. Бурденко срочно вызвал профессора-рентгенолога в операционную. Тот моментально прибыл. Н.Н. Бурденко в своих выражениях, порой, не отличался деликатностью. Он спросил: «Скажите, пожалуйста, почему все рентгенологи дураки?» И сам ответил: «Потому, что каждый день Вы облучаете свои мозги рентгеновскими лучами!» К сожалению, в работе хирурга бывают не только удачи, но и трагические исходы. Завершая главу о Н.Н. Бурденко, я расскажу о его третьем и последнем визите в Ригу. Приезд Н.Н. Бурденко в Ригу планировался в середине июля 1946 г. Я тогда уже перешел на второй курс медицинского факультета Латвийского Государственного Университета. В то время я с родителями жил в служебной квартире на территории 1-й Рижской городской клинической больницы в том доме, где размещалась администрация больницы. С профессором А.Ф. Лиепукалном, как я уже упоминал, мы были соседями, двери наших квартир были рядом. Он очень хорошо относился ко мне, и от него я узнал, что Н.Н. Бурденко по совету врачей едет в Ригу для проведения курса лечения и отдыха на рижском взморье. Некоторые детали о приезде Н.Н. Бурденко я узнал и от студентки Наташи Шамашкиной, с которой мы учились в одной группе на медицинском факультете. Ее отец начальник медицинской службы Прибалтийского военного округа, генерал Модест Абрамович Шамашкин занимался подготовкой встречи Н.Н. Бурденко в Риге. Планировалось для встречи использовать трофейную машину немецкого генерала Фридриха Эккельна, которую он получил в качестве подарка от А. Гитлера. Но в последний момент выяснилось, что из-за технических неполадок эта машина для встречи непригодна. Было решено первоначально разместить Н.Н. Бурденко в гостинице «Метрополь», которая располагалась рядом с Рижским вокзалом и в то время была лучшей гостиницей в Риге. От вокзала до гостиницы «Метрополь» было каких-то 400 метров, и решили, что Н.Н. Бурденко вме-

сте со встречающимися сможет дойти до нее пешком. На перроне собралась группа встречающих, в которой вместе с Александром Федоровичем Лиепукалном и заместителем главного врача 1-й рижской городской клинической больницы Моисеем Борисовичем Суходревым был и я. В жаркий июльский день московский поезд прибыл в Ригу. Из окна мягкого вагона жена Н.Н. Бурденко — Мария Эмильевна передала А.Ф. Лиепукалну, что Николаю Ниловичу очень плохо, в вагоне было душно, и всю ночь она давала ему сердечные средства. Н.Н. Бурденко вышел из вагона очень утомленным, с бледно-серым лицом. Когда он спустился на перрон, стало ясно, что до «Метрополя» сам он дойти не сможет. В то время у вокзала дежурили извозчики. Моисей Борисович Суходрев заказал лошадиную упряжку, усадил Н.Н. Бурденко в коляску, и она неторопливо поехала к гостинице. Встречающие с цветами следовали за извозчиком и все это зрелище было не совсем радужным. Н.Н. Бурденко разместили в номере, но общение с ним было очень затруднительным. К концу войны Н.Н. Бурденко практически был глухонемым. За долгие годы совместной работы А.Ф. Лиепукалн научился по губам понимать, что Н.Н. Бурденко пытается сказать. Но на этот раз ему было очень трудно понять своего учителя. А.Ф. Лиепукалн вырвал из блокнота листки, дал их Н.Н. Бурденко, и тот своей рукой написал свою историю болезни: «1905 г. — контузия, от которой я начал глохнуть, 1917 г. — другая контузия, от которой я окончательно потерял слух в 1937 г.; 1941 г. — я ездил по фронтам и очень уставал. 1941 г. — я подвергся воздушной бомбардировке во время переправы через Неву, около Шлиссельберга и вскоре был у меня инсульт. 1945 г. — вновь инсульт. Мне уже 70 лет, пора умереть!». А.Ф. Лиепукалн взял листки, внимательно прочел и передал их мне, сказав: «Виктор, ты любишь все документировать и фотографировать. Сфотографируй эти листки. Пройдет 30 лет, и ты поймешь, какую историческую ценность они имеют. Только оригиналы мне верни». Оригиналы листов я вернул А.Ф. Лиенукалну. В своей книге привожу их фотокопию. По прошествии многих лет, после ухода из жизни Александра Федоровича, в его архиве я попытался найти оригинал этих записок, но не обнаружил. Возможно, его вдова, Софья Петровна Заева, разбирая архив, выбросила эти непонятные карандашные записки без подписи. В номере гостиницы у Н.Н. Бурденко был установлен сестринский пост, кислородная установка, назначена медикаментозное лечение. Через 10 дней Н.Н. Бурденко был осторожно перевезен в Майори в отведенную ему дачу одного из санаториев. Там он под врачебным наблюдением отдыхал и получал лечение. Н.Н. Бурденко быстро окреп, много времени проводил на свежем воздухе и стал чувствовать себя очень хорошо. А.Ф. Лиепукалн часто посещал его, и они совместно редактировали и дополняли доклад Н.Н. Бурденко о лечении огнестрельных ранений, который должен был зачитан на 25 съезде хирургов СССР. Н.Н. Бурденко покинул Ригу отдохнувшим, загорелым и бодрым. У меня сохранилась одна из последних фотографий Н.Н. Бурденко на Рижском взморье, в Дзинтари. Доклад Н.Н. Бурденко на 25 съезде хирургов СССР 2 октября 1946 г. зачитал А.Ф. Лиепукалн со свойственной ему экспрессией и подъемом. Доклад вызвал бурную и длительную овацию делегатов съезда. После доклада Н.Н. Бурденко написал А.Ф. Лиепукалну: «До следующего съезда я не доживу. Это моя последняя, лебединая песня». Эти слова оказались пророческими, 11 ноября 1946 года сердце Н.Н. Бурденко перестало биться.

В.К. Калнберз

Стандартные
Операционные
Процедуры
Больницы

П.А. Воробьев, Н.Г. Гончаров, С.В. Сусин,
Т.Г. Зюкина, О.В. Оранская,
Д.В. Лукьянцева, И.В. Тюрина

**ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОСТАЗА:
ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП
И ТРАКТОВКА**

Ньюдиамед, 2010 г. — 52 с.
ISBN 978-5-88107-077-9

В издании приведены стандарты по назначению исследований системы свертывания крови в многопрофильном стационаре в зависимости от предполагаемого заболевания. Основное внимание уделено наиболее распространенным программам диагностики нарушений системы гемостаза, их рациональному использованию, сокращению издержек. Отдельное место уделено преаналитическому этапу лабораторной диагностики, ошибкам, влияющим на конечный результат исследования. Издание предназначено врачам общих стационаров, в первую очередь анестезиологам-реаниматологам, хирургам, акушерам-гинекологам, специалистам по интенсивной терапии.

По вопросам приобретения обращаться:
Издательство «Ньюдиамед»
www.zdrav.net
E-mail: mtpndm@dol.ru
(499) 782-31-09

Издательство НЬУДИАМЕД
Москва 2010

Высшая школа терапии Московского городского научного общества терапевтов

РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ ВСТРЕТИМ ВО ВСЕ ОРУЖИЕ.

Протокол занятия от 17 октября 2010 г.

Руководитель ВШТ МГНОТ: профессор П.А. Воробьев

Преподаватели: профессора В.М. Свистушкин и А.Ю. Овчинников

Председатель: член-корр. РАМН, профессор Б.П. Богомолов

Секретарь: И.В. Тюрина

В.М. Свистушкин

«Принципы современной терапии инфекций верхних отделов дыхательных путей».

Самое распространенное заболевание — это насморк. Подсчитано, что на протяжении жизни мы страдаем насморком не менее 500 дней. Британские психологи доказали, что насморк может быть губительным для личной жизни. 80% опрошенных женщин заявили, что насморк напрочь уничтожает не только романтическое настроение, но и привлекательность, в том числе и сексуальную. Оториноларингологи объясняют это тем, что при насморке феромоны не достигают специфических рецепторов.

По данным Роспотребнадзора РФ заболеваемость острыми инфекциями верхних отделов дыхательных путей в январе-декабре 2009 г. увеличилась на 21,6% и составила 23430,6 на 100 тыс. против 19269,3 за аналогичный период 2008 года. За 12 мес. 2009 г., по сравнению с тем же периодом 2008 г., заболеваемость гриппом выросла в 1,9 раза и составила 416,8 против 224,9 на 100 тыс. населения в 2008 г. Количество заболевших гриппом за 2009 г. — 541648 человек и определенную роль здесь сыграл грипп А(Н1N1).

По состоянию на 09.04.10 вспышки заболевания отмечены в 179 странах, 1363786 случаев заражения, 17483 — с летальным исходом. В России подтверждено 25339 случаев заболевания (точное количество не известно), 604 летальных случая. Эти цифры не отражают истинного положения дел. По мнению экспертов, пандемия может продолжаться по всему миру в течение 2 лет и более.

Вот основные проблемы, которые накопились за последнее время в лечении ОРЗ в России. Ограниченные возможности вирусологической и бактериологической диагностики, сложность подбора этиотропной терапии, рост резистентности к базовым противовирусным и антимикробным препаратам, акцент на симптоматическую терапию и самолечение, недостаточное использование патогенетической терапии, использование препаратов с недоказанной эффективностью, избыточное назначение препаратов в целом.

К врачу обращаются только 3 из 10 заболевших инфекцией верхних дыхательных путей, остальные занимаются самолечением. В дальнейшем почти каждый десятый из обратившихся за лечением приходят к врачу с повторными визитами по причине осложнений, переходя инфекции верхних дыхательных путей в хроническую форму или затянувшегося выздоровления. Проблемы лечения и самолечения нас беспокоят.

Все препараты противовирусного действия можно разделить на 3 группы:

- препараты, непосредственно влияющие на респираторные вирусы (ингибирование синтеза вируса и его компонентов);
- препараты интерферонового ряда;
- препараты — индукторы интерферона.

В противовирусной терапии существуют такие проблемы как снижение эффективности за счет роста резистентности, отсутствие устойчивой доказательной базы по целому ряду препаратов и токсичность большинства существующих противовирусных препаратов. Так, по данным ВОЗ 2008—2009 гг. выросла резистентность штаммов вируса гриппа А(Н1N1) к осельтамивиру и в некоторых странах она достигает 95%. В России по данным Института вирусологии, распространённость ремантадин- и осельтамивир-резистентных штаммов вируса гриппа А/Н3N2 и А(Н1N1) в эпидемиологических сезонах 2003—2009 гг. выросла до 84—89%.

Представлены сравнительные результаты применения ингавирин и тамифлю при лечении больных гриппом, вызванным вирусом А/Н1N1/2009. Отмечено, что доказательная база по противовирусным препаратам не однозначна. Эффективность различных форм экзогенного интерферона (виферон, реаферон и т. д.) не доказана в рандомизированных исследованиях. Клиническое значение индукторов эндогенного интерферона (арбидол, амиксин, неовир, циклоферон и пр.) не определено в связи с непостоянством эффекта в плацебо-контролируемых исследованиях. Применение дибазола, оксолиновой мази, теброфена, флоренала, интерферона в виде носовых капель и пр. не имеет достаточных оснований с точки зрения доказательной медицины.

Безопасность противовирусных препаратов также представлена не однозначно. Рибавирин — применение при помощи небулайзера в условиях стационара токсично. Плеконарил — активность в отношении риновирусной и энтеровирусной инфекций, токсичность, быстрое развитие резистентности. Ганцикловир, цидофирм, рибавирин — применение значительно ограничено в связи с выраженной токсичностью, в том числе нефротоксичностью.

Острые респираторные вирусные инфекции являются триггерами бактериальных инфекций верх-

них дыхательных путей (острый синусит, ангина, острый средний отит). По данным компьютерной томографии околоносовых пазух, у больных с симптомами простуды продолжительностью более 48 ч в 87% случаев подтверждается наличие синусита (у 98% больных на этом этапе отсутствует бактериальная инфекция околоносовых пазух), и поэтому очень важно проводить адекватное лечение насморка. Бактериальный синусит развивается в 1—2% случаев насморка.

Возбудителем острого синусита чаще всего является *H. influenzae* в 35% случаев, *S. pneumoniae* в 34% случаев и *M. catarrhalis* в 2—10% случаев. Однако в 44% случаев возбудитель не обнаруживается, что свидетельствует о том, что это либо анаэробная флора, либо атипичная флора, которая в обычных условиях (без специального оборудования) не выявляется. Не всегда наши врачи хорошо знают атипичную флору, а забывать о ней нельзя. *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia (Chlamydia) Pneumoniae* — причина внебольничной пневмонии, риносинусита, острого бронхита. На их долю приходится от 8% до 25% случаев заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Препаратами выбора при «атипичной» флоре являются антибиотики группы макролидов.

Наиболее сложным для практического врача является вопрос, Когда требуется системная антибактериальная терапия, а когда требуется проводить только патогенетическую терапию? Если ОРВИ длится около 5 дней, то это вирусный процесс, и системные антибиотики не требуются. Усиление симптомов после 5 сут. ОРВИ или продолжающиеся симптомы после 10 дней с общей продолжительностью менее 12 нед., несмотря на проводимое лечение, позволяют говорить о присоединении бактериальной флоры, и эта ситуация требует назначения системных антибиотиков.

По стандартам, при гнойном синусите должны делать рентген околоносовых пазух, но на западе это исследование проводят крайне редко, потому что при гнойных выделениях из носа они ставят диагноз «гнойный синусит» и назначают курс антибактериальной терапии. В случае если нет эффекта, назначают повторный курс антибиотиков, и если после этого эффект отсутствует, направляют больного на компьютерную томографию околоносовых пазух. А пункция проводится не с точки зрения разгрузки, а для взятия содержимого для проведения микробиологического исследования. Это западная модель лечения больного гнойным синуситом.

Следует отметить, что при средней степени тяжести гнойного синусита следует назначать пероральные антибиотики, а не парентеральные, как часто бывает.

Принципы лечения ОРЗ и принципы лечения синусита схожи. Считается, что раннее назначение противовирусных препаратов предупреждает развитие бактериальных осложнений. В 40—45% случаев синуситы на фоне ОРВИ при назначении противовирусной терапии могут разрешаться самостоятельно. Проблема назначения антибактериальной терапии при остром риносинусите продолжает обсуждаться. Для лечения средне тяжелого острого синусита препаратами выбора в амбулаторной практике являются антибиотики группы бета-лактамы (амоксциллин), защищенные аминокислоты (Амоксициллин/клавуланат).

Следует отметить, что западные национальные практические рекомендации по лечению острого риносинусита рекомендуют увеличить дозу амоксициллина до 4 г для преодоления резистентности, тогда как для нас это пока не характерно. При нетяжелом, неосложненном течении с позиций затраты/эффективности рекомендован амоксициллин, и это для нас выход, поскольку не каждый пациент может себе позволить антибиотики другой группы. И еще важный момент — амоксициллин/клавуланат не уступает новым фторхинолонам по клинической и бактериологической эффективности. Потому что существует ещё одна ошибка, когда мы встречаемся с острым гнойным синуситом: мы знаем о существовании очень эффективных новых фторхинолонов и выбираем эти препараты на первую линию обороны. Но мы рискуем вызвать рост резистентности к этим препаратам. На сегодняшний день продолжают сохраняться такие ошибки как назначение линкомицина, половинных дозы макролидов или ранних фторхинолонов.

При инфекциях, связанных с *H. influenzae*, по микробиологической эффективности амоксициллин/клавуланат превосходит макролиды.

Ещё один аспект, на который я хотел бы обратить ваше внимание — нарушение мукоцилиарного клиренса. Это могут быть изменения частоты биения ресничек, а частота биения ресничек — это главное звено в регуляции мукоцилиарного транспорта. Воздействие патогенных веществ (вирусы, бактерии, поллютанты, сигаретный дым и т. д.) на слизистую оболочку дыхательных путей оказывает повреждающее действие на ресниччатые клетки и приводит к гиперплазии бокаловидных клеток. И секрет становится вязким, малоподвижным, и это хорошие условия для развития бактериальной флоры.

Мукоактивные препараты по механизму действия могут оказывать прямое действие и непосредственно влиять на слизь (препараты, разрывающие полимерные секрета и препараты, способствующие регидратации секрета) и непрямого действия (препараты, стимули-

рующие гастропульмональный рефлекс и препараты, регулирующие выработку секрета). Мукорегуляторы — это препараты, которые действуют непосредственно на железистую клетку, нормализуя ее секреторную функцию независимо от исходного патологического состояния.

Следует отметить, что один из препаратов — карбоцистеин (Флюдитек, Лаборатория Иннотек интернациональ) — обладает одновременно муколитическим, мукокинетическим и мукорегулирующим действием. Результаты ряда исследований показали, что карбоцистеин увеличивает продукцию IgA и тем самым стимулирует местный иммунитет. В условиях *in vitro* карбоцистеин влияет на риновирусы, и наблюдается снижение титров вирусов и экспрессии вирусных РНК группы РВ (РВ14) в выращенных эпителиальных клетках трахеи человека. Карбоцистеин может остановить инфицирование РВ14, по крайней мере частично, путем снижения продуцирования молекул межклеточной адгезии (ICAM¹).

Опыт применения препарата Флюдитек (карбоцистеин) у пациентов с неосложненными респираторными заболеваниями показал, что в группе пациентов, получавших препарат Флюдитек, отмечена более выраженная динамика основных признаков заболевания, не было отмечено ни одного осложнения (в группе контроля было отмечено 2 осложнения — острый гнойный синусит на 6-й день лечения и острый экссудативный средний отит на 7-й день), выздоровление в основной группе наступало на 3—4 дня раньше по сравнению с группой контроля.

В заключение необходимо сказать несколько слов о симптоматическом лечении с применением сосудосуживающих средств. Следует помнить, что эффективность и безопасность зависит от действующего начала, наличия и характера вспомогательных компонентов и формы выпуска препарата. Они могут быть различны по действующему веществу и по длительности сосудосуживающего эффекта. Целый ряд сосудосуживающих препаратов обладает цитодепрессивным действием, т. е. реснички парализуются. Препараты с ксилометазолином (ксимелин, ксилен, отривин) и оксиметазолином (називин, назол) оказывают менее выраженное угнетающее действие по сравнению с нафазолином (санорин, нафтизин) и тетризолином (тизин).

Предпочтительнее выбирать местные сосудосуживающие препараты с минимальным количеством эсципиентов (вспомогательных веществ), а также не содержащих глицерол. А это очень важно, т. к. на рынке очень много препаратов, содержащих глицерол, в том числе и детских (ринонорм, назол-бэби, галазолин, нозакар, гриппостад-рино, адранол и т. д.). Наши исследования показали, что глицерол угнетает мерцательный эпителий. Что касается формы выпуска, то оптимально, когда имеется спрей и дозатор, в этом случае можно закапать столько, сколько необходимо и тем самым не создать угрозу медикаментозного ринита.

Лечение ОРЗ — трудная задача. Оно должно быть комплексным, с использованием этиотропных, патогенетических, симптоматических средств. Доказательная база по целому ряду препаратов отсутствует и решение о назначении того или иного препарата в конкретных ситуациях принимается врачом в соответствии с личным опытом, но с учетом результатов исследований, оценивших эффективность и безопасность препаратов.

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Ноутбук «поджаривает» пользователю левое бедро

Раньше врачи предупреждали: если ноутбук подолгу держать на коленях, это представляет опасность для мужского здоровья. Теперь выяснилось, что от перегрева страдает и кожа — меняется ее цвет и структура. При этом медики сравнивают внешний вид проблемной области «с зажаренным тостовым хлебом». Введен даже специальный термин «toasted skin syndrome».

Чаще всего кожа бывает поражена в области левого бедра. Ведь практически во всех моделях ноутбуков аккумуляторные батареи находятся именно слева. При длительном прямом контакте с ними кожа нагревается до 43—47 градусов. Этого, может быть, и недостаточно для ожога, но при частом повторении все же сказывается на здоровье, предупреждают медики.

К сожалению, примеры появления этого самого синдрома уже есть, и их немало. Он встречается преимущественно у молодых людей в возрасте от 20 до 30 лет. Однако, по данным ученых из Базельского университета (Швейцария), в последнее время «toasted skin syndrome» зафиксирован у детей и подростков в возрасте от 9 до 15 лет.

Чтобы обезопасить себя, достаточно соблюдать простые правила: не ставить ноутбук на голые колени или ноги, обязательно использовать специальную подставку или любой другой предмет, который помешает «поджарить» вашу кожу. В случае, если «ноут» куда-то пристроить, кроме собственных ног, медики советуют положить под него хотя бы кейс-переноску.

Источник: Daily Telegraph

Начало на стр. 7

А.Ю. Овчинников

«Бег с препятствиями, или о некоторых причинах неэффективного лечения больных инфекционным риносинуситом»

Риносинусит развивается у 1–8% пациентов после перенесенного ОРВИ и составляет 40–50% от всех госпитализаций ЛОР-больных, 10–15% больных с острым синуситом переходит в хроническую форму. Распространенность синусита в США — 34,9 млн случаев в год, в Европе — от 7 до 10 млн случаев в год, а в России всего 1,8 млн случаев. Можно сделать вывод: синусит — это проблема США и Европы, но это не наша проблема. Однако эти данные берутся из обращаемости больного к доктору, но менталитет нашего больного иной: он с риносинуситом, особенно легкой степени, к врачу не обращается и лечится самостоятельно.

В России болезни органов дыхания занимают первое место в общей структуре заболеваемости детей и взрослых и составляют 68–72%. Удельный вес больных риносинуситом, требующих стационарного лечения, ежегодно увеличивается на 1,5–2%.

Одна из главных составляющих защитной функции дыхательных путей — это мукоцилиарный транспорт, который обеспечивает направленное перемещение инородных частиц вместе со слоем слизи в результате гребковых движений ресничек. Незначительное снижение частоты биения ресничек — всего на 16% — может привести к значительному снижению транспорта слизи — до 56%. Основными причинами нарушения мукоцилиарного клиренса является воспаление, гиперпродукция слизи приводит к повышению вязкости и снижению текучести секрета, повреждение ресниччатого эпителия снижает эвакуаторную функцию мерцательного эпителия. Следует отметить, что применение антисептиков значительно снижает мукоцилиарный клиренс, например, после использования йодоповидона в разведении 1:10 парализуется биение ресничек. Таким же действием обладает и широко применяемый мирамистин. При разведении йодоповидона 1:20 остаются небольшие колебательные движения. Но при разведении антисептика меньше выражено его антисептическое действие. К применению местных антисептиков надо относиться с достаточной степенью осторожности.

После применения большинства местных деконгестантов через 30 мин в 2 раза сокращается подвижность ресничек мерцательного эпителия. Но они являются самыми частыми препаратами, которые применяются при рините, так как наступает быстрое облегчение носового дыхания. Эти препараты занимают 2 место в рейтинге аптечных продаж, уступая 1 место настойке боярышника. Но применять их можно только короткими курсами. Больным нужны препараты не парализующие, а облегчающие действие ресничек мерцательного эпителия.

Секретолитические препараты позволяют улучшить отток патологического отделяемого из пазух. Ряд этих препаратов обладают иммуномодулирующим, противовоспалительным, противовирусным свойствами. Однако монотерапия секретолитическими препаратами бесполезна, поскольку необходимым условием является наличие хорошо проходимых путей оттока из пазух. Задача лечения — удаление секрета — решается с помощью применения мукоактивной терапии. Следует отметить, что у препаратов группы амброксола, ацетилцистеина основной эффект — это разжижение секрета, а у Карбоцистеина (Флюдитек) ещё имеется воздействие на секреторную клетку. Он восстанавливает физиологический состав секрета и обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, противовирусным свойствами. Кроме того, восстанавливается секреция IgA, улучшается мукоцилиарный транспорт и происходит регенерация слизистой оболочки всех отделов дыхательного тракта.

Вторая проблема — это сопутствующий аллергический ринит и возможно стоящая за спиной этого аллергического ринита бронхиальная астма. Очень часто мы не обращаем внимание и недооцениваем аллергический фактор у больного инфекционным риносинуситом, и лечим только бактериальное инфицирование. А бывает и наоборот: недооценка вклада инфекционного фактора в развитие аллергических заболеваний. И если эти заболевания существуют вместе, то необходимо применять комплексный подход к лечению таких больных и применять препараты, обладающие как противоаллергическим, так и противовоспалительным, противомикробным действием.

По данным Американского центра контроля и профилактики заболеваний (CDC), до 65% всех бактериальных инфекций человека протекают с образованием биопленок. 99% бактерий существуют в природных экосистемах не в виде свободно плавающих клеток, а в виде специфически организованных, прикрепленных к субстрату биопленок. Сами бактерии составляют 5–35% массы биопленки, остальная часть — межклеточный матрикс, представляющий из себя чаще всего экзополисахарид. Мы привыкли к тому, что гайморит у нас лечится с помощью пункции, и чтобы избежать повторных пункций, устанавливают катетер для дренирования околоносовых синусов. Но на 4 день поверхность катетера покрывается колониями бактерий и он сам уже становится средством для поддержания и распространения инфекции. Следует отметить, что резистентность микроорганизма в составе биопленки может возрастать в 1000 раз.

Нет антибиотика, к которому в процессе его клинического применения не сформировалась бы резистентность. Чем дальше от Москвы, тем чаще для лечения синуситов используют Ко-тримаказол (бисептол) и в условиях стационара широко назначают цефазолин, который не эффективен в отношении *H. influenzae*, *M. Catarrhalis*.

Следует отметить и низкую комплаентность больных: только 40,8% взрослых и 82,2% детей соблюдают рекомендации по приему противомикробных препаратов. Примерно в трети случаев антимикробная терапия прекращается пациентами, как только наступило улучшение состояния, а это может привести к возникновению резистентных штаммов микроорганизмов и возникновение осложнений. Поэтому нормализация температуры тела, улучшение самочувствия и даже полное исчезновение симптомов болезни не должны становиться поводом для преждевременного прерывания курса или сокращения дозы антибиотиков.

ФЛЮДИТЕК®

Карбоцистеин
Сироп 2% от кашля для детей
Сироп 5% от кашля для взрослых

- ✓ Трахеит
- ✓ Трахеобронхит
- ✓ Хронические обструктивные заболевания легких
- ✓ Бронхиальная астма
- ✓ Ларингит
- ✓ Ринофарингит
- ✓ Средний отит



ОПТИМАЛЬНОЕ МУКОАКТИВНОЕ СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И СЛУХА

Произведено во Франции

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО АО «ЛАБОРАТОРИЯ ИННОТЕК ИНТЕРНАЦИОНАЛЬ» (Франция)
ТЕЛ.: +7 (495) 775 41 12 WWW.INNOTECH.RU



У 75% пациентов, страдающих ХОБЛ, имеются воспалительные изменения со стороны верхних дыхательных путей. Более чем у трети больных риносинуситом обнаруживаются симптомы ХОБЛ.

Атипичная микрофлора (*Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*) способна, по мнению ряда исследователей, длительно персистировать в клетках эпителия и лимфоцитарном кольце, повышая риск аллергических реакций, тяжелого течения неспецифических заболеваний и обострения хронической патологии верхних дыхательных путей. Выделение этих микроорганизмов с помощью традиционного бактериологического исследования мокроты невозможно. Следует помнить, что бета-лактамы антибиотики и аминогликозиды по отношению к ним неэффективны.

Для лечения острого риносинусита среднетяжелого течения целесообразно применять бета-лактамы: полусинтетические аминопенициллины, пероральные цефалоспорины 2–3 поколений, современные макролиды, респираторные фторхинолоны.

Макролиды (кларитромицин, азитромицин) обладают противовоспалительными свойствами снижая продукцию интерлейкинов, обладают мукоадаптивным эффектом, кроме того, они способны разрушать матрикс биопленок независимо от этиологии возбудителя.

Лечение бактериального риносинусита напоминает, в какой-то мере, бег с препятствиями и количество барьеров не уменьшается, а увеличивается, я надеюсь, что эти барьеры мы научимся преодолевать.

Заключение Богомолова Б.П.

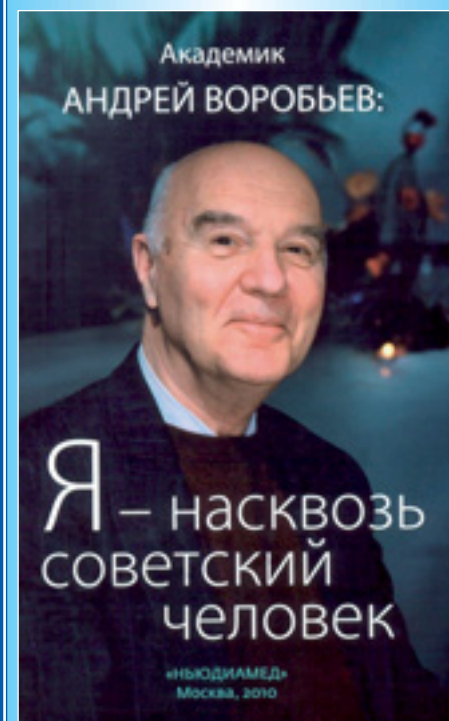
Я хочу выразить уважительным докладчикам сердечную признательность за представленные доклады. Нынешний год обучения начинается хорошо, потому что мы взяли узкую тему «риносинусит», связали её с общими проблемами заболеваемости острыми респираторными инфекциями. Это наиболее частая причина, приводящая больного к врачу. Очень хорошо, что сегодняшние сообщения представлены с клинико-анатомо-физиологических сторон. Не так давно мы узнали, как функционируют и реагируют на применение различных препаратов реснички мерцательного эпителия, которые очищают дыхательные пути. В докладах было показано, что лекарственных препаратов существует очень много, и возникает вопрос: что о них надо знать и надо ли их все применять. Конечно, далеко не в каждом случае надо их применять. Очень важно, что была показана микробиологическая составляющая риносинуситов, т. к. с возбудителем мы можем бороться только этиотропными средствами.

Следует помнить, что при наличии острых респираторных заболеваний, риносинусита очень опасны осложнения, при наличии у больного сердечно-сосудистых заболеваний ему надо назначать антиагреганты (аспирин) в течение 5–7 дней, не в остром периоде, а во второй части заболевания.

Стандарт медицинской помощи отражает наиболее рациональный подход к лечению на данном этапе знаний, пройдет немного времени, и будут внесены изменения. Они появились затем, чтобы подтянуть основную массу врачей до этого рационального уровня.

**Академик Андрей Воробьев:
Я — насквозь советский человек**

Ньюдиамед, 2010 г. — 948 с.
ISBN 978-5-88107-081-6



Это книга о выдающемся враче, ученом и замечательном человеке академике Андрее Ивановиче Воробьеве, составленная в значительной мере из его выступлений, статей, клинических разборов, интервью, публикаций комментариев авторов-составителей.

Читатель увидит, как пульсирует мысль, формируются непростые решения.

В книге много исторических параллелей, необычных для современности взглядов по вопросам этики и морали. Книга одинаково интересна как врачам всех специальностей, так и читателям без медицинского образования.

**По вопросам приобретения обращаться:
Издательство «Ньюдиамед»
www.zdrav.net
E-mail: mtpndm@dol.ru
(499) 782-31-09**

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галин В.А., Глезер М.Г., Годин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кайтурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погочева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

Внимание! В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена