УЧАСТКОВЫЙ ТЕРАПЕВТ

№6
2012

5 лет назад вышел из печати первый номер газеты «Участковый терапевт»

30 выпусков

732 полосы

75 интервью с ведущими российскими учеными и медицинскими экспертами

35 000 врачей читают каждый выпуск нашей газеты

Редакция газеты «Участковый терапевт» от всей души поздравляет наших читателей и коллег с наступающим Новым годом!

2012: калейдоскоп дат и событий

21.05

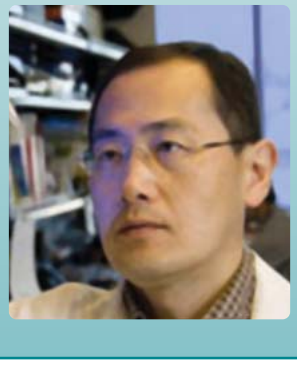
Указом Президента Российской Федерации министром здравоохранения назначена Вероника Игоревна Скворцова

5.10

I Национальный съезд врачей Российской Федерации – **5000** делегатов

8.10

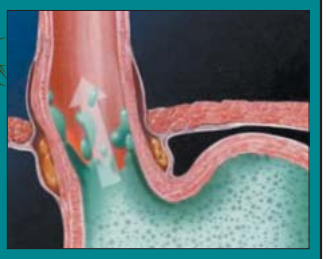
Нобелевская премия по физиологии и медицине присуждена Джону Гордону и Синье Яманаке за работы в области биологии развития и получения индуцированных стволовых клеток



7–8.11

VIII Национальный конгресс терапевтов – более **5000** терапевтов из **70** регионов Российской Федерации, стран СНГ и дальнего зарубежья делегированы для участия в работе

ГЭРБ: пульмонологическая маска



Наиболее типичными проявлениями ГЭРБ являются изжога и отрыжка кислым содержимым. Но у части пациентов клиническая картина ГЭРБ может быть нетипичной и проявляться вне области пищевода (с. 8).

Медицина в художественных образах

Художественные произведения, особенно портретная живопись, могут служить важным источником информации о наличии заболеваний у портретируемых (с. 18).

Газета зарегистрирована в Государственном комитете Российской Федерации по печати. Рег. номер: ПИ № ФС77-43434
Общий тираж 35 тыс. экз.
Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.
Все права защищены. 2012 г.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции.

Научное производственно-практическое издание.
Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускается без размещения знака информационной продукции.

«ОБЪЕДИНЁННАЯ РЕДАКЦИЯ»
Телефон/факс: +7 (499) 500–38–83
E-mail: or@hpmp.ru
Медицинский директор: Б.А. Филимонов
Исполнительный директор: Э.А. Батова
Научные редакторы: А.В. Шухова (руководитель отдела), М.Б. Капелович, Е.В. Наумова, Д.А.Катаев, А.Ю.Макарычева
Арт-директор: Э.А. Шадзевский

«МЕДИА МЕДИКА»
Директор: Т.Л. Скоробогат (tatiana@con-med.ru)
Менеджер по работе с ключевыми клиентами: Н.А. Зуева (nelly@con-med.ru)
Директор по рекламе: Н.М. Сурова
Менеджеры по рекламе: Т.А. Романовская, С.Ю. Шульгина, О.В. Грузинова
Работа с подписчиками: Телефон: +7 (495) 926-2983 (доб. 125)
E-mail: subscribe@con-med.ru

Адрес: 115054, Москва, Жуков проезд, стр. 19
Почтовый адрес: 127055, Москва, а/я 37
Телефон/факс: +7(495) 926-2983
E-mail: media@con-med.ru

Электронная версия: www.con-med.ru

актуальное интервью

Интеграция в общество: проблемы и решения

А я вернусь! иначе быть не может!

С.Сурганова

Наш сегодняшний собеседник Вячеслав Геннадьевич Суханов – кандидат социологических наук, президент Региональной общественной организации инвалидов стомированных больных «АСТОМ», председатель Координационного совета региональных общественных организаций стомированных пациентов России.

Цель и задача Региональной общественной организации инвалидов стомированных больных (РООИСБ) «АСТОМ» – проведение медико-социальной реабилитации инвалидов со стомой кишечника и/или мочеточника и интеграция их в общество. В РООИСБ «АСТОМ» созданы службы: психологической помощи, социально-бытовой адаптации, информационно-консультативной помощи, организации культурно-массового досуга. Работа этих служб позволяет ежегодно интегрироваться в общество тысячам инвалидов со стомой.

– Вячеслав Геннадьевич, жизнь людей с анатомическими нарушениями функции выделения в виде стомы кишечника или мочеточника имеет существенные особенности и ограничения… Расскажите об этом, пожалуйста.

– Стомированные больные, стомированные пациенты, стомированные инвалиды составляют особую группу людей с ограничением жизнедеятельности. Разнообразие дефиниций связано, прежде всего, с отсутствием единой концепции как в идентификации и самоидентификации данных индивидов, так и с нынешним однобоким медицинским подходом к процессу реабилитации этих людей. Термин «стома» происходит от греческого «рот» или «устье», в данном случае мы будем говорить о рукотворном отверстии, произведенном хирургическим путем, выводящим пищеварительный тракт или мочевыводящую систему пациента наружу, через живот. Кишечную стому часто называют противоестественным задним проходом, так как опорожнение кишечника осуществляется не через естественный задний проход, а через отверстие, сформированное на передней брюшной стенке. Стома не имеет замыкательного аппарата, поэтому стомированные люди не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения. Основные виды стом – илеостома (вывод тонкой кишки); колостома (вывод толстой кишки); уростома (вывод мочеточника).

– Что такое стома с психологической точки зрения?

– При отсутствии средств ухода за стомой и реабилитационных мероприятий – это изоляция от общества, потеря учебы, работы, семьи, суицид. Именно поэтому инвалиды со стомой являются нуждающимися в особой социальной защите. Адаптация пациентов после операции проходит очень сложно и даже болезненнее, чем само заболевание. Отлично и безупречно проведенные нашими уважаемыми докторами хирургические операции в конечном итоге могут оказаться бесполезными для стомированного человека, так как ему, возможно, не нужна такая жизнь после стомирующей операции, когда не соблюдены хотя бы элементарные нормы качества жизни. Стомирующая операция не только является жизнеспасающей, но и сильно калечащей, причем как в физиологическом, так и психологическом аспектах. Без наличия современных технических средств реабилитации стомированных пациентов и благоприятных условий в их доступности социальная реабилитация стомированных людей невозможна. А мы говорим именно о социальной реабилитации, которая должна происходить обязательно в комплексе мер с медицинской реабилитацией.

Реабилитацию необходимо проводить с учетом способов адаптации, к которым относятся: психологическая адаптация к новым условиям жизни, социально-правовая и информационная помощь, соблюдение диеты, режима труда и отдыха, социокультурная реабилитация, рекреационные услуги. Для социальной реинтеграции необходимо формировать реабилитационную среду жизнедеятельности, т.е. гуманное и терпимое отношение общества к стомированным людям.

Многие исследователи отмечают существование корреляции между уровнем стресса у пациента и его ближайших родственников. Нужно помнить, что семья не способна оказать необходимую поддержку пациенту, если сама находится в состоянии кризиса. Родственники переживают стресс вместе с пациентом и также нуждаются в помощи.

– Скажите, пожалуйста, с какими проблемами реабилитации стомированные пациенты сталкиваются наиболее часто?

– Прежде всего – с отсутствием информации о том, что делать дальше и как жить после выписки из стационара. Получение полной консультации по правильному индивидуальному подбору необходимых средств ухода за стомой, обучение по их использованию – также является проблемой в нашей стране. В Москве, Санкт-Петербурге и еще ряде крупных регионов появились необходимые службы медицинской реабилитации стомированных больных, однако это капля в море. Для сравнения: в Дании на 12 тыс. всех стомированных в стране функционируют 34 стомакабинета. У нас в Москве на 11 тыс. стомированных москвичей – один! А на 120 тыс. стомированных по России – 40–50 стомакабинетов, и не во всех регионах. К тому же функционирование этих служб, к большому сожалению, не охватывает всего необходимого объема реабилитационных услуг. Государственное обеспечение средствами ухода за стомой тоже не налажено должным образом. Обеспечиваются только стомированные пациенты со статусом «инвалид», поэтому большинство трудоспособных стомированных людей вынуждены идти на получение инвалидности. Если же обеспечение есть, то оно обычно исходит не из параметров конкретики подбора технического средства реабилитации медицинским специалистом и комплектации, а по параметрам стоимости (как можно дешевле), выгодности поставщика технических средств реабилитации, а также бухгалтерской и статистической отчетности уполномоченного органа по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации.

– Стомированные пациенты сталкиваются ежедневно и с информационными, и правовыми, и бытовыми, и психологическими, и коммуникативными, и любыми другими социальными проблемами…

– Совершенно верно. Вопросов и проблем масса: где и как получить либо даже купить средства по уходу за стомой? Как их правильно подобрать и правильно использовать? Какие теперь есть права и возможности? Как жить в семье? Как общаться со сверстниками? Как строить отношения с мужем либо женой? Как вообще – заводить знакомство с девушкой или парнем будучи в таком виде? Как можно теперь выходить на работу, выезжать в командировки или на отдых, за границу? Как посещать общественные места?

→ УТ с. 4

- **Всемирный день стомированных пациентов был установлен в целях привлечения внимания мировой общественности и правительственных органов к проблемам стомированных пациентов. Впервые этот день, важный для миллионов стомированных людей во всем мире, отмечался 2 октября 1993 г. по инициативе членов Всемирной ассоциации стомированных пациентов под эгидой ООН. Отмечается один раз в три года.**
- **Региональная общественная организация инвалидов стомированных больных «АСТОМ» была создана инициативными стомированными пациентами в 1993 г. Своей социальной активностью в формате социального партнерства с государственным сектором – законодательными и исполнительными органами власти, представителями медицины и социальной защиты, производителями современных средств ухода за стомой, «АСТОМ» проявила себя как важнейшая составляющая развития процесса реабилитации стомированных людей в России. В настоящее время «АСТОМ» – базовая организация Координационного совета общественных региональных организаций стомированных пациентов России.**
- **ASTOM.RU – первый специализированный информационный портал в России для стомированных людей (имеющих стому кишечника, мочеточника) и с иными нарушениями функции выделения. http://www.astom.ru/ru**

школа по неврологии

Головная боль напряжения: диагностика и терапия *(в помощь врачу-терапевту)*

Головная боль напряжения (ГБН) – самый распространенный вид головной боли. Может ли врач-терапевт диагностировать ГБН и помочь пациенту? В случае нечастой эпизодической ГБН это вполне реально.

Чаще всего с проблемой головной боли сталкиваются врачи общей практики и специалисты-неврологи. Для установления ее причины решающее значение имеет совокупность признаков и особенностей проявления тех субъективных симптомов, о которых больной рассказывает врачу.

Головная боль возникает при раздражении (растяжении/сдавлении) болевых рецепторов кожи, подкожной клетчатки, сухожилий и сосудов мягких тканей головы, надкостницы черепа, оболочек мозга, внутричерепных артерий, вен, венозных синусов, сенсорных волокон черепных нервов.

ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ (НЕЧАСТАЯ) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

Характер:
- стягивающая;
- давящая («обруч», «шлем»)

Интенсивность:
- легкая;
- умеренная;
- не усиливается при обычной физической нагрузке

Провоцирующие факторы:
- мышечно-тонические;
- изменения атмосферного давления;
- нарушения сна;
- прием алкоголя;
- предменструальный синдром;
- стресс/эмоциональное напряжение

Частота:
- менее 3–4 дней в месяц

Продолжительность:
- от 30 мин до 7 дней

Сопутствующие симптомы:
- фото-/фонофобия

ЛЕЧЕНИЕ

ОБЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Оптимизация режима труда, отдыха, двигательной активности; регуляция сна; массаж

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Нестероидные противовоспалительные препараты

Препарат МИГ®

В одной таблетке содержится оптимальная доза ибупрофена для купирования приступов головной боли (400 мг)[1]

Преимущества:
- быстрое начало обезболивающего действия – 10 мин[2, 3];
- оптимальный профиль безопасности;
- производится в Германии

Режим дозирования:

внутрь, разовая доза – 200–400 мг;
максимальная суточная – 1200 мг/сут (3 таблетки в сутки)

[1]Schou S. et al., Clin. Pharmacol, 1998, 38:447–57.
[2]Erhard Gores et al. Ibuprofenpraparate im Vergleich—Klinische Studie zur Bioaquivalenz, Deutsche Apotheker Zeitung 37/11.09.2003.
[3]Davies Neal M., Clinical Pharmacokineties, 1998.

← УТ с. 2

Это лишь малая часть вопросов, ответы на которые не всегда можно найти в первый послеоперационный период самостоятельно. Часть ответов стомированные пациенты могут получить в специализированных кабинетах реабилитации стомированных больных в тех регионах, где такие кабинеты созданы, а еще большую часть – в общественных организациях стомированных пациентов.

Основные вопросы о том, в чем нуждаются стомированные пациенты, конечно, следует отнести к проблематике подбора, обучения, дальнейшего обеспечения жизненно важными средствами ухода за стомой, без которых нельзя решить ни одного другого вопроса, начиная с психологической реабилитации и заканчивая социокультурной. До сих пор существует устоявшееся в медицинских кругах мнение, что инвалида со стомой нельзя пускать в санаторий или дом отдыха. В поликлиниках всяческими способами препятствуют стомированным инвалидам в выписке санаторно-курортной карты, ссылаясь на невозможность помещать его в одной комнате с нестомированным человеком, а выделять отдельный номер, мол, слишком накладно. Негативное отношение общества к подобным индивидам, непонимание и неприятие со стороны окружающих людей порождают уже не медицинские, а социальные, психологические, нравственно-этические проблемы, решение которых затрудняется при современной концепции реабилитационной помощи.

– Что делает государство для реабилитации таких пациентов? Есть ли государственные программы реабилитации стомированных больных, обеспечивают ли их средствами ухода, организована ли волонтерская работа?

– Реабилитация пациентов со стомой невозможна без наличия и доступности технических средств реабилитации. Стомированные пациенты нуждаются в средствах по уходу за стомой, к которым относятся калоприемники, уроприемники, все дополнительные средства ухода за кожей вокруг стомы и аксессуары: паста-герметик, абсорбирующий порошок, нейтрализатор запаха, разные специализированные кремы, жидкости для снятия адгезива, предохранения кожи и т.д. Сегодня на отечественном рынке уже широко представлена продукция во всей своей полноте применения с учетом многочисленных нюансов анатомо-физиологического характера и даже психологического, а также возрастного. Правда, это относится к импортной высококачественной продукции ведущих мировых компаний-производителей из Дании, США, Великобритании, Ирландии, обеспечивающих стомированных пациентов всего мира, что нельзя сказать об отечественном производстве. Государство начало обеспечивать всеми перечисленными и крайне важными техническими средствами реабилитации. Однако, как я уже и говорил, здесь существует еще множество проблем. Сейчас пытаются разработать и внедрить медицинские стандарты по реабилитации стомированных пациентов на базе крупных лечебных учреждений, вводя в обязательную часть программы наличие кабинета или отделения реабилитации стомированных больных.

– Вячеслав Геннадьевич, расскажите, пожалуйста, о мероприятиях по социальной реабилитации.

– Надо сказать, что в России активно проводят мероприятия по социальной реабилитации. Но этим занимаются, прежде всего, общественные организации стомированных пациентов, например, в Москве – региональная общественная организация РООИСБ «АСТОМ», в Санкт-Петербурге – «АССКОЛ», в Перми, Вологде, Астрахани – аналогичные общественные организации стомированных пациентов, соответственно, «УРАЛСТОМ», «АССТОМ-ВОЛОГДА», «СТОМАСТ». Общественные организации проводят школы для стомированных пациентов, привлекая медиков и представителей компаний – производителей целевой продукции, на которых решаются самые насущные и первичные жизненно важные вопросы послеоперационной адаптации. Кроме описанных школ, именно общественные организации стомированных пациентов оказывают прежде всего психологическую помощь и поддержку таким людям, имея свой бесценный опыт. Также именно общественные организации оказывают весь спектр социальной реабилитации, значительно сокращая сроки адаптации и, более того, предотвращая выпадение в состояние эксклюзии стомированных людей. Можно определенно сказать, что общественные организации стомированных пациентов являются субъектом социальной работы. Если бы государство оказывало им более полную поддержку, то, несомненно, эти организации смогли бы стать центрами социальной реабилитации стомированных пациентов, которых сегодня в нашей стране нет.

– Насколько отличается уход за пациентами в стационарах и домашних условиях? Одинаков ли спектр проблем, которые приходится решать для эффективного ухода?

– Конечно, здесь можно сразу сказать, что значительно отличается. Если в стационарах есть медсестры, обученные специфике ухода именно за человеком с проблемами недержания или стомированным пациентом, то можно считать, что очень ему повезло. Тем не менее внимание медперсонала, отношение его к данному пациенту далеки от идеала. В домашних условиях возникает другая проблема – есть ли родственники, которые помогут в уходе. А если близкие люди, способные окружить теплотой и вниманием есть, то они, как правило, не имеют никаких навыков по уходу. Обучить их некому или им обучиться негде, нет никакой литературы, чтобы почерпнуть хоть минимум знаний. А если обобщить уход в стационаре и уход на дому, то в целом необходимо говорить об отсутствии полноценного комплексного обучающего процесса и информации по специфике ухода за пациентами с нарушениями функции выделения.

– Какую помощь может оказать общество в решении проблем пациентов со стомами?

– Прежде всего – понять и принять людей такими, какие они есть, и не исключать возможности стать таким же, ведь никто не застрахован от болезни. Больше и чаще освещать во всех средствах массовой информации аспекты данной проблематики, т.е. информировать общество.

– Существуют ли программы оказания психологической и материальной поддержки пациентам со стомами и тем, кто за ними ухаживает?

– По сути их не существует. Только благодаря общественным организациям инвалидов, которые сами являются и разработчиками, и исполнителями данных программ, после проведенных конкурсов по социально значимой проблематике исполнительными органами власти возможны такие программы и их реализация.

– Как Вы считаете, что необходимо предпринять в первую очередь для того, чтобы улучшить качество жизни таких пациентов?

– Прежде всего нужно создать общую информационно-статистическую базу по пациентам, организовать и развить Службу реабилитации пациентов с нарушениями функции выделения. Я имею в виду в целом придание государственного статуса медицинским и социальным работникам, медицинским кабинетам во всех регионах России в профильных лечебных и социальных учреждениях, введение обучающей дисциплины по тематике в сестринское дело в медицинских колледжах или учебных заведениях, в которых готовят социальных работников. Также необходимы мероприятия социальной реабилитации в комплексе с медицинской реабилитацией. Поддержать общественные организации стомированных пациентов в их инициативе по развитию социальных аспектов реабилитационной помощи. Выпустить правовые акты, позволяющие неинвалидам с нарушениями функции выделения иметь такой же доступ к жизненно необходимым средствам, как и у инвалидов. Производить тендерные закупки с учетом главных факторов – качества и реабилитационной эффективности, а уже только потом решать ценовые вопросы... И самое главное – контроль конечного этапа по обеспечению, которого сейчас практически нет.

знаете ли вы, что...

Синдром Рамзая Ханта. Везикулярные высыпания на ушной раковине и в наружном слуховом проходе.

Синдром Рамзая Ханта – поражение коленчатого узла, которое возникает из-за реактивации латентного вируса герпеса, персистирующего в ганглии. Характерны выраженная отталгия, везикулярные высыпания на ушной раковине и в наружном слуховом проходе (иногда доходящие до барабанной перепонки), на слизистой оболочке глотки, на лице. Отмечается парез или паралич мимической мускулатуры, гиперакузия, снижение слуха по сенсоневральному типу, ушной шум, головокружение, тошнота, гипестезия передних 2/3 языка на стороне поражения. Иногда в патологический процесс вовлекаются корешки C2, C3.

Кольцо Пирогова–Вальдейера образуется подслизистым скоплением лимфоидной ткани глотки. Крупные скопления образуют миндалины (см. рисунок). Наиболее крупные небные миндалины (I и II) располагаются между небными дужками, по своей форме они похожи на миндаль, что и послужило их названию. В своде носоглотки находится глоточная (III) миндалина, на корне языка – язычная (IV) миндалина. Скопление лимфоидной ткани вблизи устьев слуховых труб называется трубными миндалинами (V и VI). В области вестибулярного отдела гортани подслизисто расположены скопления лимфоидной ткани, которые образуют гортанную (VII) миндалину. Мелкие скопления лимфоидной ткани, подслизисто разбросанные на задней стенке ротоглотки, носят название фолликулов, более крупные – гранул. На боковых стенках ротоглотки иногда выделяются валикообразные выступы лимфоидной ткани, называемые боковыми валиками. Все эти скопления образуют глоточное кольцо Пирогова–Вальдейера, которое является частью единой периферической лимфатической системы.

Вид зева.

Артериальная гипертония у пожилых

У пожилых больных помимо артериальной гипертонии (АГ) имеется большой спектр сочетанной патологии, что делает актуальной необходимость назначения большого количества лекарственных средств. Частыми сопутствующими заболеваниями являются ИБС, хроническая обструктивная болезнь легких, заболевания желудочно-кишечного тракта с патологией щитовидной железы, с метаболическим синдромом и пр. Эти заболевания в значительной степени повышают риск общей и сердечно-сосудистой смертности, что требует от врача совершенствования тактики ведения пациентов пожилого возраста.

Особую актуальность вопросы оптимального и рационального выбора лекарственных средств с учетом особенностей их действия имеют в системе первичного звена здравоохранения, так как от грамотно подобранной антигипертензивной терапии в амбулаторно-поликлинических учреждениях зависит дальнейший прогноз для больного.

Особенности

Патогенез АГ у пожилых характеризуется рядом особенностей, связанных прежде всего с нарушениями в гемодинамике. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы характеризуются инволюцией эластических структур сосудистой стенки, уменьшением чувствительности барорецепторов, снижением почечного, мозгового кровотока, понижением сердечного выброса, увеличением массы миокарда левого желудочка (ЛЖ), повышением объема внеклеточной жидкости. Отмечается низкая концентрация альдостерона плазмы, которая коррелирует с уровнем ангиотензина и активностью ренина плазмы. Они определяют и наиболее часто встречающиеся варианты АГ у лиц пожилого возраста, в частности изолированную систолическую АГ (ИСАГ).

При ИСАГ отмечается увеличение жесткости и уменьшение эластичности аорты и крупных артерий, снижение демпфирующей роли волны крови крупными и мелкими артериями, повышается систолическое АД (САД) и снижается диастолическое АД (ДАД), повышается систолическая функция гипертрофированного миокарда ЛЖ.

У пациентов старше 60 лет также достаточно часто встречается своеобразная форма АГ с частыми кратковременными, малосимптомными подъемами АД до высоких цифр, которые чередуются падением АД значительно ниже нормальных значений. Подобные эпизоды могут наступать без видимой причины или в результате приема малых доз антигипертензивных препаратов. Качество жизни у таких пациентов значительно ухудшается, прежде всего из-за страха ожидания очередного подъема или падения АД. Назначение антигипертензивных препаратов даже в небольшой дозе может приводить к усугублению тяжести гипотонических состояний. В патогенезе данного варианта АГ важную роль играют нарушения вегетативной нервной системы на различных уровнях, связанные с возрастными дегенеративными изменениями.

«Псевдогипертония»

Особенностью АГ является и высокая частота «псевдогипертонии» вследствие повышения жесткости сосудов, «гипертонии белого халата», постпрандиальной и ортостатической гипотонии, повышения вариабельности АД. АГ у пожилых пациентов часто сопровождается метаболическими нарушениями (дислипидемия, сахарный диабет, подагра, ожирение), наличие которых повышает общий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Наличие гипертрофии ЛЖ у пожилых пациентов увеличивает риск внезапной смерти. Снижение клубочковой фильтрации и функции почек с возрастом требует динамического наблюдения за уровнем мочевины, креатинина и электролитов.

Изолированная систолическая АГ

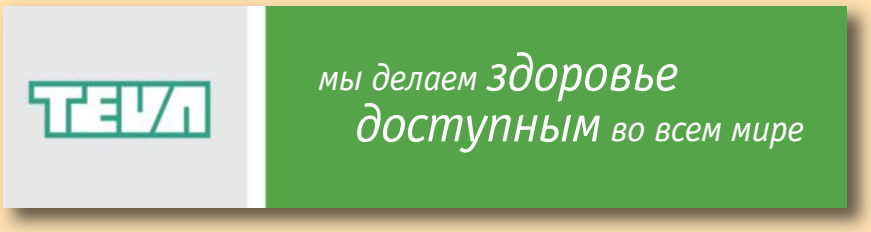
Одним из вариантов эссенциальной АГ является ИСАГ, которая предполагает повышение уровня САД выше 140 мм рт. ст. при ДАД менее 90 мм рт. ст.

Хотя причины, приводящие к развитию АГ, одинаковы у всех больных независимо от возраста, у пожилых в процессе старения появляются дополнительные предпосылки к развитию АГ, такие как гипоксическое повреждение и возрастная функциональная перестройка диэнцефально-гипоталамических структур головного мозга, возрастные изменения симпатоадреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем; возрастное снижение эластичности, повышение ригидности, а также атеросклеротические изменения аорты и крупных артерий; усугубление дисфункции эндотелия сосудов и уменьшение его способности продуцировать вазодилатирующие субстанции; ишемические изменения почек и сердца; ухудшение реологии крови, микроциркуляции и тканевого метаболизма; увеличение массы тела, снижение физической активности, нарастание длительности вредных привычек.

Распространенность ИСАГ – 0,1% среди лиц в возрасте до 40 лет, 0,8% – 40–49 лет, 5% – 50–59 лет, 12,6% – 60–69 лет и 23,6% – 70–80 лет. Это увеличение числа больных связывают с тем, что повышение САД происходит, по меньшей мере, до 80-летнего возраста, в то время как ДАД после 50 лет либо остается на прежнем уровне, либо имеет тенденцию к снижению.

→ УТ с. 7

Путь к вершине мировой фармацевтики



- 110 лет назад фармацевтическая компания Тева (Teva) сформулировала свою миссию как «разработку и выпуск доступных и качественных медикаментов». И сегодня компания остается верной своему кредо – помогать миллионам людей во всем мире реализовать право на доступное и качественное лечение.
- Тева – мировой лидер среди производителей генерических лекарственных средств: компания входит в число 15 крупнейших международных фармацевтических производителей.
- Успешный опыт работы компании Тева в России обеспечивает российских пациентов, врачей и фармацевтов современными и доступными лекарственными препаратами высокого качества для лечения широкого спектра социально значимых заболеваний.
- Препараты компании используются более чем в 100 странах мира.
- Курс компании на разработку и производство генериков – воспроизведенных лекарственных препаратов с доказанной фармацевтической, биологической и терапевтической эквивалентностью оригиналу – позволяет удерживать низкие цены на продукцию.
- Продукты Тева отличает безупречное качество, определяющееся использованием Good Manufacturing Practice (GMP, надлежащая производственная практика) – общепризнанным международным стандартом, разработанным Всемирной организацией здравоохранения, регламентирующим процесс изготовления лекарств.
- С 1995 года Тева зарегистрирована в России, где ее продуктовый портфель насчитывает более 140 препаратов.

МНН индапамид

Фармакотерапевтическая группа: диуретик.
Форма выпуска: капсулы 2,5 мг № 30.

МНН лизиноприл

Фармакотерапевтическая группа:
ангиотензинпревращающего фермента ингибитор.
Форма выпуска: таб. 2,5 мг № 30, 5 мг № 30, 10 мг № 30, 20 мг № 30.

МНН эналаприл/гидрохлоротиазид

Фармакотерапевтическая группа:
ангиотензинпревращающего фермента ингибитор + диуретик.
Форма выпуска: таб. 20 мг + 12,5 мг № 20.

МНН суматриптан

Фармакотерапевтическая группа:
противомигренозное средство
Форма выпуска:
таб. 50 мг № 2, 100 мг № 2.

МНН лоратадин

Фармакотерапевтическая группа:
H_1-гистаминовых рецепторов блокатор.
Форма выпуска: таб. 19 мг № 7, № 10, № 30.

МНН теразозин

Фармакотерапевтическая группа:
α_1-адреноблокатор.
Форма выпуска: таб. 2 мг № 20, 5 мг № 20, 5 мг № 30.

← УТ с. 5

Данные Фремингемского исследования свидетельствуют о том, что у лиц всех возрастных групп риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ИБС, в том числе инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность, атеросклероз периферических артерий) имеет тесные корреляционные связи прежде всего с уровнем САД, а не ДАД. Риск развития хронической сердечной недостаточности в ходе 34-летного наблюдения оказался в 2,3 раза выше у мужчин и в 3,0 раза выше у женщин при сравнении групп лиц с самыми низкими и самыми высокими показателями САД.

Частота выявления ИСАГ у пожилых больных достигает 84%, остальные 16% имеют равномерную систоло-диастолическую АГ.

Лекарственная терапия

С возрастом прогрессируют процессы, которые существенно сказываются на эффективности лекарственных средств. Большое значение имеют возрастные изменения желудочно-кишечного тракта (гипокинезия желудка и кишечника, атрофические изменения их слизистой оболочки, уменьшение кровотока), приводящие в итоге к замедлению скорости опорожнения желудка и уменьшению активной абсорбции.

Уменьшение мышечной массы, общего и процентного содержания воды в организме, объема плазмы, концентрации альбуминов и содержание жировой ткани, а также возрастные атеросклеротические изменения в сосудах способствуют уменьшению объема распределения водорастворимых и жирорастворимых веществ, ухудшению кровоснабжения различных органов и тканей.

Изменяется скорость фармакокинетических процессов, определяющих как скорость биотрансформации ксенобиотиков из-за уменьшения активности ферментов печени и снижения ее кровоснабжения, так и скорость почечной экскреции лекарственных средств. С возрастом уменьшается масса почек, число функционирующих клубочков, скорость почечного кровотока (у больных старше 70 лет он в 2 раза ниже, чем у лиц среднего возраста) и клубочковой фильтрации.

С возрастом изменяется плотность рецепторов, динамика ионных каналов, активность ферментных систем, ответственных за формирование фармакологического эффекта под влиянием лекарственных препаратов, ослабляются гомеостатические механизмы, что часто может приводить к гипотоническим состояниям при антигипертензивной терапии, гипогликемии при лечении сахароснижающими средствами.

Принципы фармакотерапии АГ у пожилых больных

- При подборе адекватной дозы антигипертензивного препарата обязателен контроль АД в положении стоя.
- Следует избегать резкого снижения АД в короткие сроки, особенно при появлении и/или усугублении сердечной недостаточности.
- Начинать лечение надо с монотерапии каким-либо антигипертензивным препаратом в малой дозе, которую постепенно с интервалом в несколько недель увеличивают до достижения достаточного антигипертензивного эффекта. Такое титрование дозы, с одной стороны, позволяет избежать плохо переносимого пожилыми пациентами быстрого снижения АД и ортостатических нарушений, сопровождающихся усугублением мозговой и почечной недостаточности, с другой стороны, дает возможность постепенно найти минимальную эффективную дозу и далее продолжать лечение с низкой вероятностью побочных эффектов.
- Индивидуальный выбор препаратов для начального лечения следует проводить с учетом сопутствующей патологии, индивидуальных патофизиологических особенностей АГ, показаний и ограничений для групп лекарств.
- Не следует применять препараты, способные вызвать ортостатическую гипотонию (α-адреноблокаторы) и нарушение когнитивных функций (центральные α_2-адренергические агонисты).

ВАЖНО! В связи с появляющимися с возрастом нарушениями когнитивной функции, с развитием сосудистой деменции на фоне АГ пожилые пациенты требуют к себе более внимательного и доверительного подхода. Для успеха лечения необходим тесный контакт с больным, терпеливое разъяснение сути и порядка лечения. Для пациентов пожилого возраста удобнее принимать лекарство 1 раз в день. Смена или отмена лекарства должны быть по возможности редкими и всегда обоснованными.

По материалам журнала «Consilium Medicum»

ксефокам®
лорноксикам

Мощный и быстрый НПВП для лечения острого болевого синдрома

- Сбалансированный ингибитор ЦОГ-1/ЦОГ-2
- Мощный анальгетический эффект[1,5]
- Удобство применения (перорально, в/в, в/м)
- Наличие формы с быстрым высвобождением **Ксефокам Рапид**
- Короткий период полувыведения – 4 часа[2]
- Высокий уровень безопасности, хорошая переносимость у различных групп пациентов[3,4,5]

1. Norholt S.E. et al. Pain 67 (2–3), 335–343, 1996.
2. Skjodt NM, Davies NM. Clin Pharmacokinet. 1998 Jun;34(6):421-8.
3. Петрова В.В., Осипова Н.А. и соавт. Анестезиология реаниматология №5, 2005.
4. Homdrum E.M. et al. Eur Surg, 38 (5), 342–352, 2006.
5. Møller PL, Nørholt SE. Clin Drug Investig. 2008;28(12):757-66.

Сокращенная информация по назначению препарата Ксефокам/Ксефокам Рапид. *МНН:* лорноксикам. *Показания к применению:* кратковременное лечение болевого синдрома различного происхождения. Симптоматическая терапия ревматических заболеваний. *Противопоказания:* аллергия к лорноксикаму или к другим НПВС; нарушения свертывания крови, состояние после операций, сопряженных с риском кровотечения; эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в стадии обострения; выраженное нарушение функции печени; тяжелая печеночная и/или почечная недостаточность; выраженная тромбоцитопения; желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияния в мозг; тяжелая сердечная недостаточность и гиповолемия; период беременности и лактации; возраст до 18 лет. *Побочные эффекты:* боль в животе, диарея, тошнота, рвота, изжога, гастрит, эзофагит, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки ЖКТ и/или кровотечения из ЖКТ; высыпания на коже, экзема; тромбоцитопения, увеличение времени кровотечения, анемия; развитие или усугубление сердечной недостаточности, повышение или снижение АД, сердцебиение, тахикардия; головокружение, головная боль; одышка, бронхоспазм, кашель; дизурия, острая почечная недостаточность; миалгия; конъюнктивит, нарушения зрения; бронхоспазм, крапивница. *С осторожностью:* язвенное поражение ЖКТ в анамнезе, длительное использование НПВС, сахарный диабет, возраст старше 65 лет. *Дозирование:* Рекомендуемая доза 8-16 мг/сут., поделенная на 2-3 приема.

Информация для специалистов здравоохранения.
Рег. номера МЗ РФ: П №14845/01-2003, ЛС-000323, П №11189.
Имеются противопоказания. Полная информация в инструкции по применению.

ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентэ»:
ул. Усачева, 2, стр. 1
119048, Москва, Россия
тел.: (495) 933 5511
факс: (495) 502 1625
www.xefocam.ru
www.nycomed.ru

Takeda NYCOMED
Nycomed: a Takeda Company

Дата выпуска рекламы: октябрь 2012

ГЭРБ: пульмонологическая маска

Согласно современной классификации Всемирной организации здравоохранения гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) определяется как хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого. Эти обстоятельства приводят к повреждению дистального отдела пищевода и развитию в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений. Наиболее типичными проявлениями ГЭРБ являются изжога и отрыжка кислым содержимым. Но у части пациентов клиническая картина ГЭРБ может быть нетипичной и проявляться вне области пищевода.

Внепищеводные проявления

- **Бронхолегочные** (кашель, особенно в ночное время, бронхиальная астма – БА, фиброзирующий альвеолит, аспирационная пневмония).
- **Оториноларингологические** (чувство кома в горле, фарингит, ларингит, ларингоспазм, полипы, язвы, гранулемы голосовых складок, синусит, средний отит); кардиологические (боль в грудной клетке некардиального генеза, нарушения сердечного ритма).
- **Стоматологические** (эрозии эмали зубов, кариес, периодонтит).

Важность проблемы внепищеводных проявлений ГЭРБ заключается прежде всего в недостаточной осведомленности практикующих врачей о возможности подобного варианта ее течения, хотя известно, что у 25% больных ГЭРБ протекает только с внепищеводными симптомами, имитируя, например, болезни сердца или легких.

В последние 30 лет были подвергнуты серьезному изучению взаимосвязи между патологией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и нарушениями со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, ЛОР-органов и полости рта. Это стало возможным только после внедрения в клиническую практику метода суточной pH-метрии, который позволил достоверно регистрировать и количественно описывать кислые гастроэзофагеальные и щелочные дуоденогастральные рефлюксы. Было установлено, что заброс кислого желудочного содержимого может быть причиной разных внепищеводных проявлений, которые намного более вероятны у людей с ранее установленным диагнозом ГЭРБ.

ГЭРБ при бронхиальной астме

В России около 7 млн больных БА – 5% взрослого населения и более 7% детей.

Одно из первых предположений о возможном наличии связи между расстройствами бронхолегочной системы (БЛС) и ЖКТ было высказано более двух столетий назад. В 1802 г. Heberten описал случаи резкого затруднения дыхания после обильного приема пищи у больных БА.

В дальнейшем было установлено, что у пациентов с астмой чаще, чем в популяции в целом, встречаются все классические симптомы ГЭРБ, в первую очередь изжога, которая имеет место приблизительно в 70% случаев.

У 20% симптом регистрируется преимущественно днем, а у 50% – выявляется как в дневное, так и ночное время. По результатам инструментального обследования (эзофагогастродуоденоскопия – ЭГДС, суточная pH-метрия) у этой категории пациентов следует отметить высокую распространенность грыж пищеводного отверстия диафрагмы (до 60%), рефлюкс-эзофагитов (до 42%). Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) диагностируется в 65% случаев, в том числе только в горизонтальном положении тела – 20%, только в вертикальном – 10%, в обоих положениях – 35%.

Некоторые особенности патогенеза БА в свою очередь могут способствовать развитию состояний, утяжеляющих проявления ГЭРБ.

Так, многие больные астмой имеют повышенный тонус парасимпатической нервной системы и, соответственно, гиперхолинергический ответ на неспецифические стимулы, что в том числе проявляется усилением желудочной секреции. Кроме того, было показано, что в состоянии бронхоконстрикции, которая развивалась в ответ на вдыхание метахолина (индуцированный бронхоспазм) имеет место усиление расслабления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и увеличение количества эпизодов ГЭР у данной категории пациентов. Кашель, повышая давление в брюшной полости и усиливая относительную недостаточность НПС, замыкает порочный круг у больных с сочетанной патологией органов дыхания и пищеварительной системы. В дополнение к этому синдром гипервоздушности легких и повышенное внутригрудное давление, характерные для бронхообструктивных заболеваний, вызывают смещение ножек диафрагмы, участвующих в формировании пищеводно-желудочного барьера. Немаловажным является прием ряда противоастматических препаратов, способных снижать тонус НПС: пероральных и небулизированных β_2-агонистов, М-холинолитиков, а также теофиллина. Однако вопрос о влиянии бронходилататоров на развитие ГЭР остается спорным, потому что ряд авторов подобной взаимосвязи не отмечают.

Диагностический поиск

При обследовании пациентов с бронхолегочными проявлениями ГЭРБ следует использовать как стандартные методы, позволяющие оценить морфологические и моторно-тонические нарушения органов эзофагогастродуоденальной зоны, так и дополнительные исследования респираторной системы.

Диагностика внепищеводных проявлений ГЭРБ

I этап	Анкетирование				
II этап	*Обследование ЖКТ:* • pH-мониторинг; • ЭГДС; • рентген пищевода и желудка; • УЗИ органов брюшной полости	*Обследование легких:* • рентген грудной клетки; • исследование ФВД; • сцинтиграфия легких	*Обследование ССС:* • ЭКГ; • велоэргометрия; • коронарография; • сцинтиграфия миокарда	*Обследование ЛОР-органов:* • консультация отоларинголога; • ларингоскопия	*Обследование полости рта:* • консультация стоматолога
III этап	Тест с ингибитором протонной помпы				

Стадия расспроса больного и сбора анамнеза

Выявление факторов, указывающих на вероятную роль ГЭР в развитии или усугублении симптомов астмы:

- позднее начало астмы;
- ухудшение симптомов астмы после еды, в положении лежа, после физической нагрузки;
- ухудшение симптомов астмы в ночное время;
- совпадение кашля, хрипов, диспноэ с симптомами рефлюкса.

Обследование

- 24-часовое мониторирование pH пищевода и желудка позволяет выявить и количественно оценить ГЭР.
- ЭГДС с прицельной биопсией слизистой оболочки пищевода позволяет обнаружить рефлюкс-эзофагит, эрозии, язвы, стриктуры пищевода, пищевод Барретта, а также случаи неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ).

НЭРБ характеризуется отсутствием признаков достоверного повреждения слизистой оболочки пищевода. И именно этот вариант патологии встречается наиболее часто. Так, в одном из исследований приводятся данные, что НЭРБ наблюдается у 70–90% больных, имеющих внепищеводные проявления со стороны БЛС.

Дополнительные методы

- Анкетирование (специальная анкета для пациентов дает возможность выявить взаимосвязь между ГЭР и его внепищеводными проявлениями) (см. таблицу,) рентгенография грудной клетки.
- Исследование функции внешнего дыхания – ФВД (бодиплетизмография, пневмотахометрия, компьютерная спирометрия, пикфлоуметрия – ПФМ).
- Сцинтиграфия легких позволяет зафиксировать рефлюксиндуцированную микроаспирацию с высокой степенью чувствительности и специфичности.

ГЭРБ и хронический кашель

Все пациенты с хроническим кашлем должны быть подвергнуты обследованию для исключения таких его возможных причин, как хронический синусит с ретроназальным затеканием слизи на заднюю стенку глотки, БА, ГЭРБ, опухоли гортани, центральный или периферический рак легкого, туберкулез.

На долю трех первых причин приходится до 90% случаев хронического кашля, а ГЭРБ является причиной кашля в 10–70% случаев.

Направление диагностического поиска

- Исключение возможности действия таких факторов риска развития хронического кашля, как курение, прием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.
- Рентгенологическое исследование органов дыхания с целью исключения их возможной патологии.
- Осмотр ЛОР-органов.
- Рентгенологическое исследование околоносовых пазух.
- Исследование функции внешнего дыхания: в случае выявления обструктивных нарушений проводят бронходилатационные медикаментозные пробы с β_2-адреномиметиками.
- Выполнение ЭГДС и 24-часовой pH-метрии.

Подобный алгоритм действий позволяет врачу существенно оптимизировать диагностику бронхолегочных проявлений ГЭРБ.

По материалам журнала «Consilium Medicum»

- **Бодиплетизмография – метод исследования функции внешнего дыхания путем сопоставления показателей спирографии с показателями механического колебания грудной клетки во время дыхательного цикла. Бодиплетизмография позволяет определять все объемы и емкости легких, в том числе те, которые не определяются спирографией. Полученные результаты не связаны с волевым усилием пациента и являются наиболее объективными.**

- **Пневмотахометрия – определение пиковых скоростей воздушного потока, достигаемых в режиме «дыхательного толчка». Метод близок к спирограмме форсированного выдоха и в большей мере, чем ОФВ$_1$, отражает сопротивление воздушному потоку, возникающее на уровне крупных бронхов.**

- **Компьютерная спиромéтрия – метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объемных и скоростных показателей дыхания. Виды спирометрических проб: форсированный выдох, максимальная вентиляция легких, функциональные пробы (с бронходилататорами, провокационные и т.п.).**

- **Пикфлоуметрия – метод определения с какой скоростью может выдохнуть человек, другими словами, это способ оценки степени сужения воздухоносных путей (бронхов). Данный метод обследования важен людям, страдающим затрудненным выдохом, в первую очередь с диагнозом БА, и позволяет оценивать эффективность проводимого лечения.**

«В будущем устройства доставки препаратов, возможно, будут более значимыми, чем разработка новых препаратов».

P.Barnes

Спирива® (тиотропия бромид) бронходилататор длительного действия

Одна уникальная молекула – два типа ингаляторов

Спирива®18 мкг – порошковый ингалятор ХандиХалер (HandiHaler®)

- Ингалятор сухого порошка ХандиХалер и капсулы для ингаляции
- Самое рекомендуемое средство терапии ХОБЛ во всем мире
- Применение: 18 мкг/сут в одно и то же время в виде ингаляций

Спирива® 2,5 мкг – ингалятор Респимат®, распыляющий мелкодисперсный аэрозоль

- Мультидозовый ингалятор
- Уникальная технология обеспечивает медленное ультрамелкое дозированное облако аэрозоля
- Содержит месячную дозу препарата
- Применение: 1 раз в день, 2 вдоха

SPIRIVA® (tiotropium)

SPIRIVA® (tiotropium) Respimat® Soft Mist™ Inhaler

знаете ли вы, что...

√ Показатель $ОФВ_1$ не в полной мере отражает сложную картину клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Эмфизема и гиперинфляция, сниженный питательный статус, дисфункция периферических мышц, выраженность одышки – независимые предикторы прогноза. Кроме того, пол больных и наличие сопутствующих заболеваний – важные фенотипические характеристики заболевания, не коррелирующие с $ОФВ_1$.

√ Более адекватным в настоящее время является мнение, согласно которому ХОБЛ – синдром, включающий группу обструктивных заболеваний, которые имеют сходные признаки, например ингаляционный источник повреждения, и определенные различия, например, механизмы развития заболевания и ответ на терапию. Идентификация и последующая группировка ключевых элементов синдрома ХОБЛ в клинические значимые и полезные подгруппы («фенотипы») позволят проводить более эффективную терапию у больных ХОБЛ.

√ Группой экспертов было предложено определение фенотипа ХОБЛ. В соответствии с этим определением фенотип ХОБЛ – характерная черта или комбинация таких черт, которые описывают различия между пациентами с ХОБЛ, связанные с клинически значимыми исходами (симптомы, обострения, ответ на терапию, скорость прогрессирования заболевания или смерть). Фенотипы ХОБЛ отражают определенные особенности пациентов, которые могут быть важными с точки зрения диагностики, лечения и прогноза заболевания.

√ Первое разделение больных ХОБЛ на фенотипы принадлежит A.Dornhorst, который более 50 лет назад описал два разных подтипа больных с дыхательной недостаточностью: больных с эмфиземой, одышкой, без цианоза, со сниженной массой тела («розовые пыхтельщики») и больных с хроническим бронхитом, цианозом и отеками, признаками правожелудочковой сердечной недостаточности («синие отечники»).

√ B.Burrows и соавт. в 1966 г. описали две подгруппы больных ХОБЛ, которые отличались между собой по клинической, функциональной, рентгенологической и морфологической картине, и назвали эти подгруппы эмфизематозным и бронхитическим фенотипами хронической обструкции дыхательных путей. Подгруппа «худых» (thin) больных характеризовалась рентгенологическими признаками эмфиземы, в то время как у «коренастых» или плотных пациентов (stocky build) рентгенография грудной клетки выявляла наличие воспалительных изменений бронхов. Была выявлена обратная зависимость между выраженностью анатомических эмфизематозных изменений и степенью воспалительных изменений бронхов, объемом мокроты, напряжением углекислоты в артериальной крови и диффузионной способностью легких – DLCO. Этими же авторами были введены термины «тип А ХОБЛ» и «тип В ХОБЛ», что соответствовало эмфизематозному и бронхитическому фенотипам хронической бронхиальной обструкции.

√ Компьютерная томография легких – наиболее ценный инструмент оценки тяжести, протяженности и распространения эмфиземы легких. Статическая легочная гиперинфляция (ЛГИ) и ее нарастание во время физической нагрузки (динамическая ЛГИ) – основные причины одышки и снижения переносимости физических нагрузок у больных эмфиземой. Независимо от выраженности бронхиальной обструкции наличие ЛГИ, степень и распространение эмфиземы позволяют охарактеризовать фенотип заболевания, у которого терапией выбора является хирургическая или фармакологическая редукция объема легких.

Уважаемые читатели, вашему вниманию впервые предлагается рубрика – «Школа», в которой будут представлены тематические презентации ведущих отечественных экспертов в разных областях медицины.

Антибактериальная терапия инфекций нижних дыхательных путей. Акцент на активность и безопасность

Синопальников Александр Игоревич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пульмонологии ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва.

1 Антибактериальная терапия инфекций нижних дыхательных путей: слагаемые успеха

2 Эмпирическая антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у взрослых*

Клинический «сценарий»	Антибиотики выбора
Лечение в амбулаторных условиях	
Больные без сопутствующих заболеваний, не принимавшие последние 3 мес АБП	Амоксициллин *или* Макролид** (внутрь)
Больные с сопутствующими заболеваниями или принимавшие последние 3 мес АБП	Амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам ± макролид *или* «Новый» фторхинолон*** (внутрь)

* Согласительные рекомендации РРО/МАКМАХ, 2010 г.
** Азитромицин и др.
*** Левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин.

3 Стартовая антибактериальная терапия у амбулаторных больных внебольничной пневмонией

n=953

Наименование АБП	Частота назначения, %					
	Барнаул	Казань	Смоленск	Челябинск	Самара	Всего
Азитромицин	42,4	23,3	14,3	21,9	35,2	27,3
Амоксициллин/клавуланат	25,0	9,1	31,4	8,1	13,3	15,5
Цефтриаксон	12,1	13,2	5,0	9,3	15,6	10,8
Амоксициллин	6,1	4,1	13,6	15,2	6,3	9,9
Ципрофлоксацин	1,9	8,7	11,4	10,7	–	7,3
Цефазолин	0,4	11,4	11,4	5,7	6,3	6,3
Цефотаксим	3	7,8	1,4	9,5	3,9	6,1
Кларитромицин	4,2	6,4	5,7	5	8,6	5,6
Левофлоксацин	3,4	5	–	4,8	3,9	3,8
Цефиксим	–	–	–	4,8	–	1,7

Рачина С.А. и др. Росс. мед. вести. 2010 (принята в печать).

4 Антибиотики при обострении хронической обструктивной болезни легких

Фенотип обострения ХОБЛ	Вероятные патогены	Антибиотики выбора
Простое	*H. influenzae* *H. spp.* *M. catarrhalis* *St. pneumoniae*	Амоксициллин Доксициклин** Ко-тримоксазол** Макролиды*** Цефалоспорины II–III (в алфавитном порядке)
Осложненное*	+ *Klebsiella spp.* Другие *Enterobacteriaceae* Возрастание устойчивости к β-лактамам *Pseudomonas spp.*	Фторхинолоны β-Лактамы/ингибиторы β-лактамаз (в порядке предпочтения)

*Наличие ≥1 признака (ОФВ$_1$<50%; ≥4 обострений в год; сопутствующая ишемическая болезнь сердца; оксигенотерапия на дому; длительный прием стероидов внутрь).
**Высокая распространенность устойчивых штаммов в РФ (!)
***Азитромицин, кларитромицин.

Guidelines Canadian Thoracic Society, 2008 update.

1 Рациональная антибактериальная терапия (АБТ) внебольничных инфекций нижних дыхательных путей (вИНДП) должна отвечать следующим требованиям: а) активность в отношении основных возбудителей вИНДП; б) преодоление распространенных в регионе механизмов приобретенной лекарственной устойчивости респираторных патогенов; в) оптимальные параметры легочной фармакокинетики/фармакодинамики; г) доказанная в ходе многочисленных хорошо организованных исследований высокая терапевтическая эффективность антибиотиков; д) приемлемый профиль безопасности; е) удобный (простой и непродолжительный) режим дозирования. Немалую пользу при выборе АБТ может оказать стратификация больных и связанный с ней выбор места лечения пациента (особенно актуален этот подход при ведении больных внебольничной пневмонией (ВП) – шкалы PSI, CURB-65, CRB-65 и др.

2 В наиболее законченном виде указанный выше подход к выбору рациональной АБТ при вИНДП предстает на страницах современных клинических рекомендаций. Так, в частности, в соответствии с согласительными рекомендациями РРО/МАКМАХ[1] по ведению взрослых больных ВП в случаях нетяжелого течения заболевания в амбулаторных условиях предпочтение следует отдавать амоксициллину или современным макролидам (в частности, азитромицину). При подозрении на «атипичную» этиологию ВП (*Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*) препаратами выбора являются макролиды. В случаях нетяжелой ВП у больных, получавших за последние 3 мес системные антибиотики ⩾ 2 дней, и/или при наличии серьезных сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность и др.) рекомендуется факультативная комбинированная терапия – «защищенные» аминопенициллины ± макролид – или монотерапия «респираторным» фторхинолоном (лево-, мокси- или гемифлоксацин).

3 Доказанная в ходе большого числа рандомизированных клинических исследований высокая клиническая эффективность азитромицина, привлекательный (простота, удобство, непродолжительность) режим дозирования антибиотика объясняют его выбор при лечении амбулаторных больных ВП. Так, согласно результатам недавно проведенного российского многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования азитромицин наряду с амоксициллином и амоксициллином/клавуланатом оказались самыми часто назначаемыми антибиотиками при ведении больных ВП в амбулаторных условиях (принципиально, что этот выбор в полной мере соответствовал указанным выше положениям рекомендаций РРО/МАКМАХ 2010 г.).

4 Клиническая целесообразность стратификации больных с вИНДП подтверждается и на примере пациентов, переносящих обострение ХОБЛ. Согласно общепринятым в настоящее время взглядам следует выделять два основных фенотипа обострения заболевания – «простой» и «осложненный»[2]. Наиболее вероятными возбудителями «простого» обострения ХОБЛ считаются *Haemophilus influenzae* и *Streptococcus pneumoniae* с природным уровнем чувствительности к антибиотикам. В качестве препаратов выбора в данном случае могут быть использованы современные макролиды (главным образом азитромицин, учитывая его наибольшую среди макролидных антибиотиков антигемофильную активность), аминопенициллины и оральные цефалоспорины III поколения.

Как известно, пропуск приема очередной дозы антибиотика или преждевременное окончание предписанного курса АБТ могут сопровождаться снижением эффективности лечения и повышением вероятности развития лекарственной устойчивости бактерий. С этой точки зрения приверженность пациента врачебным рекомендациям (комплаентность) в амбулаторно-поликлинических условиях трудно переоценить. В этом контексте особого упоминания заслуживает азитромицин, уникальная фармакокинетика которого позволяет принимать антибиотик 1 раз в сутки в течение 5 или даже 3 последовательных дней. Данное обстоятельство обусловливает оптимальную комплаентность пациента и гарантирует высокую терапевтическую эффективность. Здесь же следует отметить, что короткие курсы АБТ, становящиеся весьма популярными сегодня и при лечении

5 Частота обращений за НМП в связи с НЛР

Shehab N et al. Clin Infect Dis 2008; 47: 735–43.

6 Курсовые дозы макролидов при лечении инфекций дыхательных путей у взрослых

Препарат	Разовая доза, мг	Суточная доза, мг	Курсовая доза, мг
Эритромицин (500 мг)	500	2000	14 000–20 000
Кларитромицин	500	1000	7000–10 000
Кларитромицин пролонгированного действия	500	500–1000	3500–10 000
Азитромицин	500	500	1500
Азитромицин пролонгированного действия	2000	2000	2000
Джозамицин	500–750	1500–2250	10 500–15 750

больных с вИНДП, характеризуются ощутимым снижением прямых и непрямых затрат, уменьшением числа нежелательных явлений, улучшением качества жизни пациента.

5 Безопасность и хорошая переносимость АБТ не менее важны, чем ее эффективность. В этом плане показателен, в частности, анализ частоты обращений за неотложной медицинской помощью (НМП) в связи с развитием нежелательных лекарственных реакций (НЛР) – n/1000 назначений того или иного антибиотика. Так, наибольшее число обращений за НМП было зарегистрировано при применении ванкомицина/линезолида, клиндамицина и ко-тримоксазола. Напротив, минимальный риск развития НЛР был отмечен при назначении макролидов и, в частности, азитромицина.

6 Как известно, при увеличении дозы макролидного антибиотика возрастает риск проявления его гепатотоксичности. В этой связи естественно предположить, что наименьшая курсовая доза макролида будет характеризоваться и наименьшей гепатотоксичностью. Это предположение в полной мере подтверждается тем фактом, что при более чем 20-летнем применении азитромицина (его курсовая доза среди всех макролидных антибиотиков наименьшая – 1500 мг) в Российской Федерации службой Фармаконадзора не было зарегистрировано ни одной НЛР (в том числе и серьезной), связанной с гепатотоксичностью препарата.

---

[1]Согласительные рекомендации Российского респираторного общества/Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии «Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике», 2010 г. (www.pulmonology.ru; www.antibiotic.ru).

[2]«Осложненный» фенотип обострения ХОБЛ (в отличие от «простого» фенотипа) характеризуется наличием, по крайней мере, одного из следующих признаков, рассматриваемых как факторы риска терапевтической неудачи: выраженные нарушения бронхиальной проходимости – постбронхолитический ОФВ$_1$<50% от должных значений; повторные обострения в течение предшествующих 12 мес – ≥4 в год; серьезные сопутствующие заболевания – сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность и др.; оксигенотерапия на дому; прием системных глюкокортикостероидов внутрь и др.

Новости

√ 18 ноября во всем мире отмечается Европейский день знаний об антибиотиках, призванный еще раз напомнить как работникам сферы здравоохранения, так и широкой общественности о проблеме роста устойчивости к антибиотикам. В России, как и в большинстве развивающихся и развитых стран, она признана угрозой национальной безопасности. Этот день проводится по инициативе Европейского центра профилактики и контроля заболеваний в поддержку информационных компаний, повышающих осведомленность пациентов разных стран о рациональном использовании антибиотиков, которое является залогом эффективного лечения инфекционных заболеваний. По данным ВОЗ, на сегодняшний день инфекционными заболеваниями страдают порядка 1 млрд человек во всем мире. Несмотря на колоссальные инвестиции, выделяемые правительствами разных стран на борьбу с этими заболеваниями, смертность от них очень высока. По причине госпитальных инфекционных заболеваний в США ежегодно умирают порядка 90 тыс. человек, в Европе эта цифра достигает 25 тыс. Ситуация усугубляется тем, что появляется недостаточно новых эффективных лекарственных препаратов, направленных на борьбу с тяжелыми резистентными инфекциями. Количество исследований и разработок в области антибактериальной терапии в последние два десятилетия снижается. В результате нехватка эффективных антибактериальных препаратов продолжает оставаться растущей медицинской проблемой.

√ Глава Роспотребнадзора, главный государственный санитарный врач Геннадий Онищенко рекомендует при планировании зимних каникул помнить о случаях заболевания атипичной пневмонией на Ближнем Востоке. По информации агентства «Интерфакс», число больных атипичной пневмонией в этом регионе выросло до девяти: двое – в Иордании (оба умерли), пятеро – в Саудовской Аравии (трое умерли) и двое – в Катаре. ВОЗ пока квалифицирует ситуацию как не имеющую распространения и не препятствующую международным поездкам и торговле. Однако, как заявил Онищенко, отмечается нарастание ситуации.

√ 1 декабря отмечается Всемирный день борьбы со СПИДом. Сегодня в России, по данным Роспотребнадзора, лечение получают лишь половина из всех людей, живущих с ВИЧ, и нуждающихся в нем. Эксперты считают, что при сохранении современных темпов распространения эпидемии ВИЧ через три года в лечении и препаратах будут нуждаться 350 тыс. человек.

Победа в три хода

Хемомицин

Азитромицин

250 мг 6 капсул
500 мг 3 таблетки
Порошок для приготовления суспензии 100 мг/5 мл, 200 мг/5 мл
Лиофилизат для приготовления раствора для инфузий 500 мг

- Хемомицин – единственный азитромицин, представленный во всех лекарственных формах оригинального препарата
- Хемомицин производится в Европе (Сербия) в соответствие со стандартами GMP
- Эффективность Хемомицина доказана в собственных клинических исследованиях

Качественный анализ лейкоцитов

Бактериальная лейкоцитурия или лейкоцитурия, ассоциированная с бактериурией, чаще всего представлена нейтрофилурией, реже – лимфоцитурией.

Качественный анализ лейкоцитов мочевого осадка (исследование лейкоцитарного профиля) – дополнительный аргумент в исследовании причин лейкоцитурии.

Помимо этого анализа иногда применяется также выявление активных форм лейкоцитов – клеток Штернгеймера–Мальбина. Они представляют собой крупные сегментоядерные нейтрофильные гранулоциты, цитоплазма которых окрашивается спиртовым раствором сафронина с генцианвиолетом в бледно-голубой цвет, а ядра – в темный. В модификации В.С.Рябинского и В.Е.Родомана сафронин заменяется на эозин. Считалось ранее, что активные формы лейкоцитов распространены именно при бактериальных процессах в почечной ткани. Однако данная методика в настоящее время используется редко ввиду ее низкой диагностической ценности и специфичности относительно бактериального процесса.

В отличие от эритроцитов нет достоверных методов оценки уровня источника лейкоцитов. Лейкоциты, обладая достаточной подвижностью в тканях, могут попадать в мочу из очагов воспаления в интерстиции почки в просвет канальцев и протоков; слизистой оболочки мочевых путей; абсцессов и карбункулов в паренхиме почки и клетчатке почечного синуса в просвет чашечно-лоханочной системы (рис. 1–3). Возможно проникновение лейкоцитов в мочу при развитии иммунного воспаления и повреждении капиллярного фильтра клубочка (острый и быстро прогрессирующий гломерулонефрит). Кроме того, они могут иммигрировать из очагов инфекции в прилежащих к почкам и мочевыводящим путям тканях.

Наиболее частая форма лейкоцитов, которые могут обнаруживаться в моче, – нейтрофилы. Обычно они имеют вид гранулярных сфер около 12 мкм в диаметре с дольчатым (сегментированным) ядром. Иногда сегментированные ядра выглядят как мелкие отдельно лежащие ядра. В случаях выраженной дистрофии клеток, когда ядерная морфология визуализируется недостаточно четко и трудно отличить нейтрофил от тубулярного эпителия, рекомендуется обработка мазка разведенной уксусной кислотой, увеличивающей детали ядер. При необходимости дифференцировки от других форм лейкоцитов и макрофагов могут помочь гистохимические реакции, дифференцирующие ядро и гранулы цитоплазмы.

В моче низкой концентрации нейтрофилы становятся отечными, и их цитоплазматические гранулы могут быть в броуновском движении. Они плохо окрашиваются, и почти не видна их сегментированность. Кроме того, важно помнить, что лейкоциты быстро лизируются в гипотонической и щелочной моче.

Количество лейкоцитов в моче уменьшается со временем. Так, через 2–3 ч нахождения мочи при комнатной температуре их количество снижается на 50%. Для выявления лейкоцитурии в гипотонической моче необходимо выявление лейкоцитарной эстеразы. Определение эстеразы лейкоцитов в моче позволяет также стандартизировать измерение количества лейкоцитов. Этот метод выявляет интактные лейкоциты, лизированные лейкоциты и лейкоцитарные цилиндры.

Наличие лейкоцитарных цилиндров или смешанных лейкоцитарно-эпителиальных цилиндров свидетельствует о почечном происхождении лейкоцитов.

Кроме нейтрофилов, в ряде случаев в моче могут обнаруживаться и другие формы лейкоцитов – эозинофилы, лимфоциты, плазматические клетки, клетки моноцитарно-макрофагального происхождения.

Эозинофилы в норме отсутствуют в мочевом осадке, и диагностически значимым их увеличением считается, если они составляют более 1% популяции лейкоцитов. Желательно использовать цитоцентрифугат мочи с гистохимическими окрасками на эозинофильные гранулы.

Обнаружение эозинофилов в моче чаще всего ассоциировано с развитием реакций гиперчувствительности 1-го типа. Однако специфичность эозинофилурии до сих пор не выяснена. Наиболее частыми причинами являются острый лекарственный (аллергический) тубулоинтерстициальный нефрит, острые реакции отторжения трансплантата. Реже эозинофилурию описывают при остром тубулярном некрозе, гломерулонефритах, диабетической нефропатии, ИМП, поликистозной болезни почек взрослого типа, атероэмболическом поражении почек. О почечном происхождении эозинофилов свидетельствует одновременное наличие в мочевом осадке эритроцитов и эпителиальных клеток.

Лимфоциты и мононуклеарные лейкоциты в большом количестве (свыше 30% популяции лейкоцитов) могут появляться при хроническом интерстициальном воспалении в почке, хроническом отторжении трансплантата, раке почки (рис. 4).

По материалам журнала «Consilium Medicum»

Рис. 1. Полиморфно-ядерные лейкоциты (нейтрофилы), разрушающие уротелий чашечки и лейкоцитарные цилиндры в просвете собирательных и выводных протоков пирамиды почки при остром гнойном обструктивном пиелонефрите (окр. гематоксилин-эозином, ув. 200).

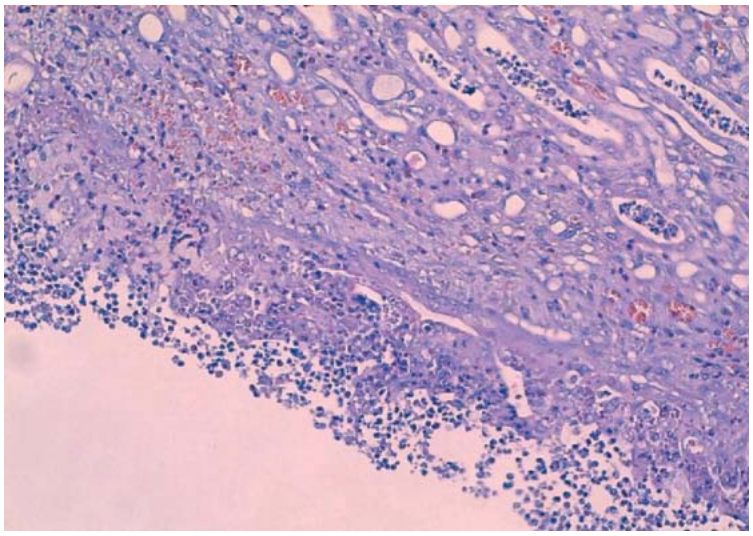


Рис. 2. Острый абсцесс клетчатки почечного синуса с разрушением стенки и прорывом в лоханку при остром обструктивном гнойном пиелонефрите (окр. гематоксилин-эозином, ув. 100).

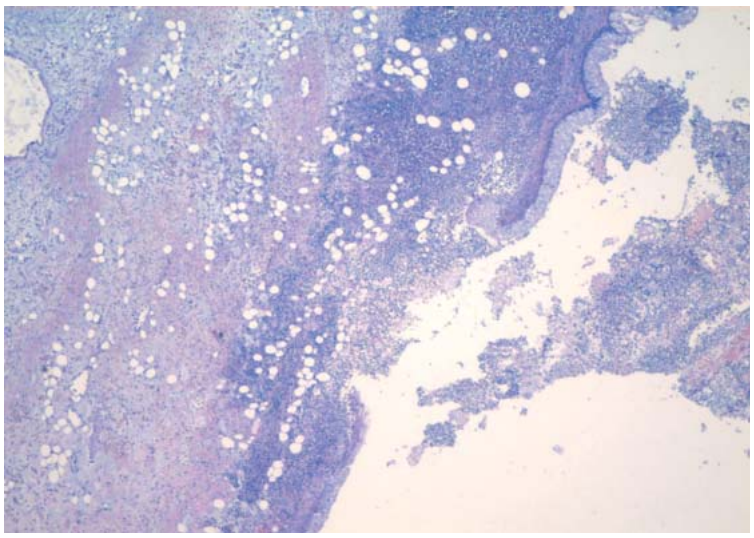


Рис. 3. Эпителиально-лейкоцитарные цилиндры в просвете собирательных протоков при остром обструктивном гнойном пиелонефрите (окр. гематоксилин-эозином, ув. 400).

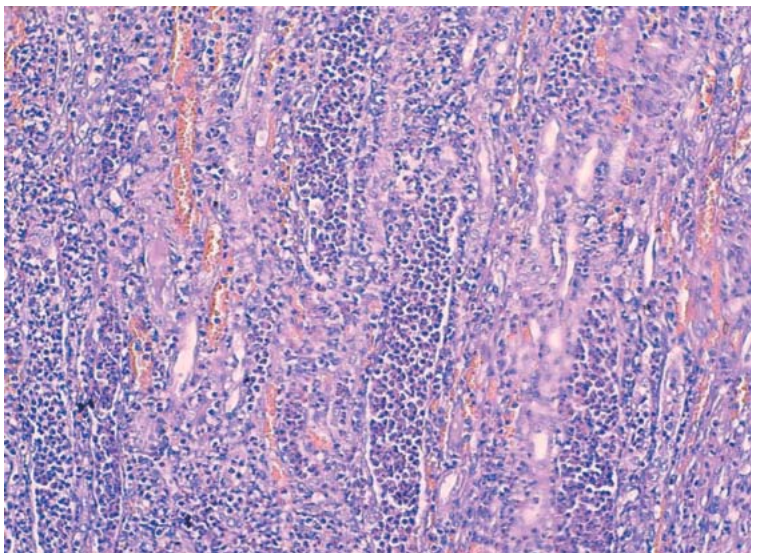
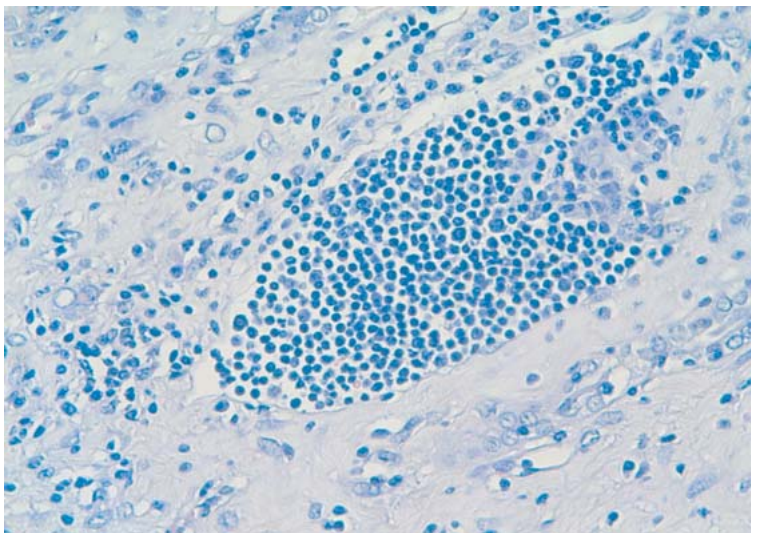


Рис. 4. Лимфоцитарно-моноцитарно-макрофагальный цилиндр в просвете собирательного протока при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите (окр. гематоксилин-эозином, ув. 400).



КОНСИЛИУМ

Беременность и сахарный диабет

Беременность, протекающая на фоне сахарного диабета (СД) любого типа, ассоциируется с высоким риском развития различных осложнений как для самой беременной, так и для плода, причиной которых является гипергликемия у матери. Так, у беременных при декомпенсации СД значительно чаще наблюдаются самопроизвольные аборты, гестозы, артериальная гипертензия, пиелонефрит, многоводие, преждевременные роды, аномалии родовой деятельности и родовой травматизм, прогрессирование поздних осложнений СД и послеродовые осложнения. Будущему ребенку декомпенсация СД у матери во время зачатия и беременности тоже грозит очень серьезными последствиями, а именно – эмбрио- и фетопатией, проявляющимися врожденными пороками развития (ВПР), хронической гипоксией с последующими нарушениями функции центральной нервной системы, макросомией, гипогликемией новорожденных и, наконец, гибелью плода.

Во избежание осложнений будущая мать должна быть идеально компенсирована как в течение всей беременности, так и до зачатия, так как ВПР формируются в процессе органогенеза, т.е. до 8-й недели беременности. Большинство женщин на этих сроках даже не догадываются о наступившей беременности и при декомпенсации СД внутренние органы будущего ребенка формируются в условиях хронической гипергликемии со всеми вытекающими из этого последствиями. Следовательно, при наличии СД у матери для предотвращения эмбриопатии и ВПР беременность обязательно должна планироваться. Под планированием беременности подразумевается зачатие будущего ребенка исключительно на фоне компенсации углеводного обмена в течение нескольких предыдущих месяцев, а также стабилизации всех поздних осложнений СД и сопутствующих заболеваний.

Для предотвращения развития диабетической фетопатии необходимо обеспечить компенсацию углеводного обмена в течение всей беременности.

Целью лечения беременных с СД является достижение и поддержание гликемии, соответствующей таковой при физиологической беременности, обеспечение акетонурии и отсутствия симптоматической гипогликемии (см. таблицу).

Достижение компенсации СД до зачатия и на протяжении всей беременности резко снижает опасность любых последствий этого заболевания как для матери, так и для плода, а большинству женщин позволяет их вообще избежать.

Для достижения при беременности стабильной целевой гликемии в течение суток необходимо постоянно поддерживать такой уровень инсулинемии, который сможет обеспечить близкую к норме базальную, пре- и постпрандиальную гликемию. Достижение указанных целей лечения возможно лишь при интенсифицированной инсулинотерапии, которая осуществляется с помощью режима многократных подкожных инъекций инсулина на фоне постоянного самоконтроля гликемии (минимум 8–10 раз в сутки). При этом режиме лечения 2–3 раза в сутки назначается базальный инсулин, а перед каждой едой контролируется гликемия, подсчитывается количество планируемых к приему хлебных единиц и вводится соответствующая доза короткодействующего инсулина.

По материалам журнала «Consilium Medicum»

Целевые показатели гликемии для больных СД при планировании и в течение всей беременности

Время контроля	Гликемия, ммоль/л Капиллярная плазма (цельная капиллярная кровь)
Натощак	3,8–5,5 (3,3–5,2)
Перед едой	4,4–6,4 (4,0–5,8)
Через 1 ч после еды	6,1–7,5 (5,5–6,7)
300–600 ч	4,4–6,1 (4,0–5,5)

Падения: как сделать дом безопасным

Падения чаще всего встречаются в пожилом возрасте – у 15% лиц старше 65 и 25% старше 85 лет. У 30% людей старше 65 лет в течение года встречается хотя бы один эпизод падения. Нередко частоту встречаемости падений недооценивают, что связано, например, с тем, что некоторые пациенты забывают о падении из-за проблем с памятью или отсутствия каких-либо грубых нарушений после падения.

Что можно сделать?

по материалам Российской ассоциации по остеопорозу

В гостиной

- Всегда убирайте с пола газеты, журналы, книги, обувь и другие вещи.
- Постарайтесь избавиться от низкой мебели: журнальных столиков, пуфиков, кресел. Или они должны всегда стоять строго на своих местах.
- Закрепите свободно болтающиеся шнуры от телефона, компьютера и других электроприборов так, чтобы они шли вдоль плинтусов в недоступных местах.
- Откажитесь от ковров с бахромой или заворачивающимися углами.

В ванной

- Установите поручни, позволяющие сохранить равновесие в ванной/душевой кабине. (Краны, душевые стойки, шланги, мыльницы, штанги для полотенец и крючки совершенно не предназначены для удержания веса человека.)
- Положите на дно ванны или душевой кабинки противоскользящие коврики.
- Будьте предельно осторожны, принимая ванну: мыльная вода повышает шансы поскользнуться.
- Если у вас есть травмы ног или вы легко теряете равновесие – принимайте душ, сидя на табуретке или специальной подвесной скамеечке.
- Сразу же вытирайте пролившуюся воду.

В спальне

- Подберите с пола все предметы, о которые вы можете споткнуться в темноте.
- Прежде чем встать с кровати, посидите несколько секунд на ее краю, пока не убедитесь, что не чувствуете головокружения.
- Халаты и ночные рубашки должны быть такой длины, чтобы вы не могли наступить на их край.

На кухне

- Немедленно вытирайте любую разлитую жидкость.
- Используйте устойчивую табуретку (а не стул!), если вам требуется что-то достать.
- Разложите вещи на кухне так, чтобы самое необходимое было на уровне глаз или ниже.
- Всегда закрывайте открытые кухонные ящики и шкафы сразу после того, как достали необходимое.
- Положите у раковины нескользящий резиновый коврик.

Важно!

- Научите детей собирать за собой игрушки и книги.
- Постарайтесь приучить детей играть на полу ближе к углам комнаты, а не на проходе.
- Не разрешайте малышам кататься в доме на роликах и велосипедах.
- Приучите кошку или маленькую собаку не бросаться под ноги и не крутиться под ними, чтобы не споткнуться о животное.
- Научите большую собаку перемещаться по дому осторожно, не прыгать и не вставать на задние лапы. Для пожилого человека с плохим равновесием это опасно.

Совет врача

- Регулярно посещайте окулиста, чтобы вовремя заметить ухудшение зрения, признаки развития катаракты, глаукомы и других болезней глаз. И не забывайте включать свет, когда входите в темное помещение. Для этого важно, чтобы все выключатели были в доступной близости, под рукой. Давайте глазам привыкнуть к темноте.
- Выбирайте обувь на низком устойчивом каблуке с нескользящими подошвам или протекторами. Откажитесь от шлепок и туфель со шнурками. Всегда внимательно смотрите под ноги, поднимаясь по лестнице или спускаясь с тротуара.
- Внимательно следите за дозировкой прописанных вам препаратов. Некоторые лекарства или их комбинации могут приводить к головокружению, потере равновесия, слабости в ногах и другим эффектам, провоцирующим падение. Обязательно обсудите побочные эффекты с врачом.

болевые синдромы

Болевой синдром: что важно знать врачу-терапевту

Боль – всегда негативная эмоция и неприятное ощущение, от которого хочется избавиться как можно скорее.

Хроническая боль, независимо от причины своего появления, становится самостоятельной угрозой для жизни пациента. Депрессия и тревожность, нарушения сна и иммунитета, постоянное напряжение сердечно-сосудистой системы – спутники хронической боли. Доказано, что лица с хроническими заболеваниями, постоянно испытывающие боль, умирают от сердечно-сосудистых осложнений существенно чаще, чем люди с аналогичной патологией, у которых боль эффективно купируется.

Важнейшая терапевтическая задача врача – проведение адекватной активной анальгетической терапии с использованием препаратов, оказывающих патогенетическое влияние на развитие боли.

НПВП

Основным классом препаратов, обладающих доказанным обезболивающим эффектом, являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Возможность применения других классов лекарственных препаратов, обладающих прямой или опосредованной анальгетической активностью, можно рассматривать лишь в том случае, когда использование НПВП не обеспечивает существенного улучшения состояния пациентов или когда имеются противопоказания для их назначения.

Нимесил®

Одним из наиболее популярных в России представителей группы НПВП, которые целесообразно использовать в качестве средства для ургентного обезболивания, является препарат Нимесил® (нимесулид) в гранулированной форме, ускоряющей наступление лечебного эффекта.

Механизм действия

Нимесулид ингибирует, главным образом, циклооксигеназу-2 (ЦОГ-2), продукция которой резко увеличивается при воспалении. Высокая эффективность нимесулида частично обусловлена дополнительными ЦОГ-независимыми эффектами: влиянием на продукцию и действие окислительных радикалов и других компонентов нейтрофильной активации, что усиливает противовоспалительный и анальгетический эффекты и снижает вероятность гастроинтестинальной ульцерогенности. Селективные ингибиторы ЦОГ-2, в отличие от классических НПВП, не оказывают отрицательного влияния на суставной хрящ.

Особенности

Препарат обладает важными фармакологическими достоинствами, позволяющими прогнозировать его высокую клиническую эффективность. Его молекула, в отличие от многих других НПВП, обладает «щелочными» свойствами, позволяющими ей легко проникать и накапливаться в очагах воспаления в более высокой концентрации, чем в плазме крови. Это свойство повышает профиль безопасности препарата, поскольку затрудняет его перемещение в слизистую оболочку верхних отделов ЖКТ и снижает тем самым возможность контактного повреждения. Обладая щелочными свойствами, нимесулид находится в ионизированном состоянии в просвете желудка, что не позволяет ему проникать через слизистую оболочку, а гранулированная форма дополнительно уменьшает внутрижелудочную экспозицию препарата.

Нимесулид обладает высокой биодоступностью: уже через 30 мин препарат начинает действовать, пик концентрации препарата в крови и максимальный обезболивающий эффект достигаются через 2–3 ч после приема.

Важнейшее достоинство препарата Нимесил® – сочетание быстрого анальгетического действия и высокого противовоспалительного потенциала.

Нимесил® наиболее целесообразно использовать в тех клинических ситуациях, когда острая боль сочетается с выраженным локальным воспалением – при остром подагрическом артрите, локальном воспалении мягких тканей ревматической природы (тендиниты, бурситы, плечелопаточный периартрит и др.), реактивном синовите у больных остеоартрозом, дорсопатии и т.д.

Режим дозирования

Внутрь, по 1 пакетику (100 мг) 2 раза в сутки, после еды. Содержимое пакетика высыпают в стакан и растворяют примерно в 100 мл воды. Приготовленный раствор хранению не подлежит.

ВАЖНО! Нимесил® применяется только для лечения пациентов старше 12 лет. Нежелательные побочные эффекты можно свести к минимуму при использовании минимальной эффективной дозы препарата минимально возможным коротким курсом.

Нимесил® как представитель группы селективных НПВП существенно реже вызывает патологию ЖКТ в сравнении с традиционными препаратами, поэтому его использование показано у больных при повышенном риске осложнений. Это преимущество определяет его выбор при наличии у пациентов диспепсии и умеренного риска развития НПВП-гастропатии.

По материалам журнала «Consilium Medicum»

врач и пациент

Артериальная гипертензия: достижение эффективности терапии

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения в Российской Федерации составляет около 40%, увеличиваясь с возрастом и достигая 80% среди пожилых. Лечение АГ является стратегической задачей, так как это заболевание – важнейший фактор риска инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта, которые являются главными причинами, определяющими высокую смертность в нашей стране. Однако, поскольку АГ долгое время может протекать бессимптомно, многие больные даже не догадываются о своей болезни.

Эффективного контроля артериального давления (АД) в РФ достигают всего лишь 21,5% пациентов.

Причины низкой эффективности терапии АГ:

- низкая приверженность пациентов терапии (комплаентность);
- несоблюдение рекомендаций по образу жизни;
- неадекватное медикаментозное лечение;
- чрезмерное употребление жидкости;
- прием лекарств, повышающих АД, и др.

Многие пациенты нерегулярно и не в полном объеме принимают рекомендованные препараты, а через некоторое время и вовсе могут прекратить прием.

Одна из главных возможностей в повышении эффективности терапии АГ – это повышение приверженности пациентов лечению.

В рекомендациях Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского кардиологического общества (ESC) по диагностике и лечению АГ 2007 г. этой проблеме посвящена отдельная глава.

Проинформировав пациента о риске осложнений АГ и пользе предлагаемого лечения для их предупреждения, дав четкие инструкции и адаптировав режим лечения к образу жизни пациента, врачу необходимо по возможности упростить схему лечения, уменьшив количество ежедневных препаратов.

Приверженность терапии находится в обратной зависимости от кратности приема и числа принимаемых медикаментов, а значит, чем больше таблеток врач назначает пациенту, тем ниже будет эффективность лечения.

Это связано как с большей стоимостью многокомпонентной терапии, сложностью режима приема, так и с субъективным неприятием больного – страхом большого количества лекарств.

По материалам журнала «Consilium Medicum»

Как улучшить приверженность лечению

1. Информируйте пациента о риске АГ и о пользе эффективного лечения.
2. Обеспечьте пациента понятными письменными и устными инструкциями о процессе лечения.
3. Адаптируйте режим лечения к образу жизни пациента и его потребностям.
4. По возможности упростите схему лечения пациента, уменьшив количество ежедневно принимаемых препаратов.
5. Ознакомьте семью пациента с информацией относительно заболевания и планов дальнейшего лечения.
6. Научите пациента самостоятельно измерять АД в домашних условиях.
7. Обратите внимание на побочные эффекты и будьте готовы своевременно корректировать дозы или даже заменять препараты при необходимости.
8. Обсуждайте с пациентом важность соблюдения им указаний и будьте в курсе всех его проблем.
9. Обеспечьте надежную систему поддержки и выбор лекарств, доступных по цене для данного пациента.

Всероссийский форум руководителей здравоохранения: акцент на пациента, профилактику и бизнес

«Уже через 2–3 года мы все окажемся в системе конкуренции за пациентов», – с этого тезиса, озвученного В.Омельяновским, председателем Экспертного совета по здравоохранению при Комитете по социальной политике Совета Федерации ФС РФ, начался III Всероссийский форум руководителей учреждений системы здравоохранения. Организатор форума – Группа Компаний (ГК) «Открытый диалог» – задумывала его как управленческий. Главное – конкретные, практические решения, необходимые руководителям ЛПУ в каждодневной работе.

Думаем по-новому

В зале – 270 делегатов из России и зарубежья. Они – практики, управленцы, смотрят вперед и задумываются о будущем. «Сегодня пациенту, потребителю медицинских услуг, важно не доживать, а сохранять и улучшать качество жизни, – декларирует представитель "Российской венчурной компании" Евгений Кузнецов. – У потребителя формируется активное отношение к своему здоровью. Пациент не хочет болеть! Он стремится быстро получать качественную информацию о том, как НЕ БОЛЕТЬ».

Научиться зарабатывать

Пациент – центр системы, и сегодня его чаще называют другим словом – потребитель услуг, клиент. Бизнес в сфере медицины, новейшие технологии активно влияют на развитие отрасли. Конкуренция растет, государственным учреждениям здравоохранения приходится считаться с новыми реалиями. О них подробно и с глубоким пониманием ситуации говорил авторитетный во врачебной среде Ф.Кадыров (Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ): «Правительство считает, что привлечение внебюджетных средств в систему здравоохранения необходимо. Задача главных врачей – сокращать издержки и научиться зарабатывать. Государство сделало зависящее от себя, то есть законодательно оформило возможность оказывать платные услуги в бюджетных организациях здравоохранения».

Практические решения

Ключевая задача форума – дать делегатам новые знания, опыт, помочь советами экспертов. Ее реализация диктует форматы проведения: впервые на мероприятии прошли круглые столы, участников которых собрали по профилю медицинской деятельности: «больница», «поликлиника», «детская медицина», «стоматология» и т.д. Делегаты обсуждали, спорили, совместно искали пути решения накопившихся проблем, а они, вне зависимости от профиля ЛПУ, схожие. Две самые мучительные: кадры и непрерывное образование сотрудников. Неразрывно связанные между собой, имеющие общий знаменатель, они решаемы. Врачи из небольших районных больниц радовались, что их штат наконец пополнили молодые специалисты, которым государство выделило «подъемные» – 1 млн руб.

Сегодня врачу можно учиться без отрыва от производства: адреса информационных порталов, имена преподавателей и название эффективных курсов – делегаты обменивались знаниями за круглыми столами, продолжали дискутировать в кулуарах. Новинка форума – Консультационный центр. Его работу определяли сами делегаты: записывались на индивидуальные консультации к экспертам, чтобы как можно глубже и четче проработать проблемы, которые волнуют. Экспертная оценка – своего рода независимый арбитраж, взгляд со стороны, взгляд опытного и профессионального коллеги, – ощутимый эффект получил каждый, кто опробовал на себе новый формат работы в рамках форума.

Не навредить

Юридическим аспектам работы, базовым законодательным актам и новым инициативам, определяющим рамки работы системы здравоохранения был посвящен целый день работы форума. Говорили о том, как не навредить, грамотно оформить отношения с пациентом и не поставить под угрозу будущее ЛПУ и свою личную свободу.

Иностранный опыт

Опытом построения эффективного здравоохранения делились представители Бельгии, Германии, Израиля. В этих странах медицина давно существует в условиях свободного рынка, а государство оставило за собой лишь функцию регулятора и социального работника, который помогает лишь тем, кто в этом остро нуждается. Своим опытом в построении качественной новой системы здравоохранения с российскими медиками поделилась и делегация Казахстана: сегодня больницы Республики укомплектованы кадрами на 85–90%, а средняя зарплата врача по стране составляет 900 дол. в месяц – и это без надбавок, из общей массы услуг 10–15% оказываются на платной основе.

Инновации – в развитие

Отдельный блок форума был посвящен инновациям в медицине. 6 самых перспективных проектов, успешные, новаторские разработки были представлены на суд делегатов форума. Предварительный отбор провела компания Startbase – специалист в области инноваций. Новый опыт был полезен и для представителей венчурного фонда, и для самих врачей: у первых появилась возможность протестировать идеи, а руководители с интересом услышали о том, с чем они будут работать завтра. А новые технологии и оборудование главные врачи тестировали и в рамках выставки «Индустрия здравоохранения – 2012».

Эспумизан®
симетикон

За высокое качество УЗИ!

Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине *рекомендует* использовать препарат *Эспумизан®* для подготовки к ультразвуковому исследованию[1]

Схема применения при подготовке к УЗИ

	Эспумизан® L в каплях	*Эспумизан®* в капсулах
За день до исследования	2 мл* 3 раза в день	2 капсулы 3 раза в день
Утром в день исследования	2 мл*	2 капсулы

*Капли можно не считать, так как прилагается **мерный колпачок***

Эспумизан®
уменьшает поверхностное натяжение на границе раздела сред жидкость-газ
↓
способствует слиянию пузырьков газа и разрушению пены
↓
улучшает качество визуализации при проведении УЗИ

1. На основании результатов проведенного многоцентрового исследования, показавшего существенное улучшение качества визуализации органов и структур брюшной полости, забрюшинного пространства малого таза на фоне применения препарата Эспумизан®

Гастроэнтерология №2 / 2008 / приложение Consilium Medicum

БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

рациональная тактика

Индуктор интерферона Амиксин: возможности профилактики и лечения острых респираторных инфекций

Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) продолжают оставаться малоконтролируемыми и занимают ведущее место в структуре инфекционной патологии.

Важный аспект совершенствования профилактики и лечения массовых инфекционных заболеваний – расширение существующего арсенала средств и выбор наиболее эффективных противовирусных и иммунокорригирующих препаратов.

Среди индукторов интерферонов тилорон (Амиксин®) является наиболее изученным препаратом: результатам экспериментального и клинического исследований посвящено более 450 научно-исследовательских работ.

Актуальность проблемы определяется:

- полиэтиологичностью респираторных инфекций;
- отсутствием средств специфической профилактики (за исключением вакцин против гриппа);
- наличием у значительной части населения иммунодефицитных состояний.

Амиксин® запускает клеточные иммунные механизмы, направленные на предотвращение распространения и внутриклеточной персистенции возбудителя в организме.

Для восстановления нарушенных показателей иммунитета и неспецифической резистентности целесообразно применение иммуномодулирущих средств с широким спектром активности в отношении других систем защиты организма (например, системы интерферона), возможностью использования как с целью профилактики респираторных инфекций, так и для их лечения, а также удобной для пациента схемой применения.

Стимулируя выработку интерферонов, Амиксин® способствует усилению противовирусного иммунитета.

Амиксин®

Одним из препаратов, по мнению исследователей, представляющих безусловный интерес в качестве средства неспецифической иммунопрофилактики и терапии массовых респираторных инфекций, является первый синтетический низкомолекулярный индуктор эндогенных интерферонов, эффективный при пероральном применении – Амиксин® (тилорон).

Противовирусное действие

Основной механизм действия – индукция выработки интерферонов трех основных классов: α, β и γ, – являющихся клеточными цитокинами 1-й линии иммунной защиты организма и гуморальными факторами естественного иммунитета.

Их общее свойство – способность неспецифически индуцировать резистентность клетки к инфицированию вирусами. Стимулируя выработку интерферонов, Амиксин® способствует усилению противовирусного иммунитета.

После приема препарата основными продуцентами интерферонов являются клетки эпителия кишечника, гепатоциты, Т-лимфоциты и гранулоциты. Амиксин® проникает через гематоэнцефалический барьер и индуцирует образование интерферонов в клетках нейроглии и нейронах мозга.

После перорального приема продукция интерферонов распределяется по следующей схеме: кишечник – печень (через 4–6 ч) – кровь (через 20–24 ч) – легкие, селезенка, мозг и другие ткани (через 48 ч). После курсового приема препарата в крови отмечается длительная циркуляция терапевтических уровней интерферонов – на период до 8 нед.

Иммуномодулирующее действие

Амиксин® обладает и иммуномодулирующим действием: стимулирует стволовые клетки костного мозга, усиливает продукцию иммуноглобулинов разных классов, снижает степень иммунодепрессии, восстанавливает соотношение Т-супрессоров и Т-хелперов, оказывает стимулирующий эффект на макрофаги и натуральные киллеры, т.е. запускает клеточные иммунные механизмы, направленные на предотвращение распространения и внутриклеточной персистенции возбудителя в организме.

Доказательная эффективность

Терапевтическая эффективность Амиксина при гриппе и ОРВИ* изучена в плацебо-контролируемом исследовании у 140 больных 17–76 лет.

Грипп: применение Амиксина приводило к более быстрому исчезновению основных симптомов заболевания: продолжительность лихорадки сокращалась на 1 сут, головной боли – на 2,1 сут, катаральных явлений – на 3 сут.

Аденовирусная инфекция: продолжительность лихорадки сокращалась на 3 сут, головной боли – на 2,1 сут, катаральных явлений – на 3,3 сут.

Парагрипп: продолжительность лихорадки сокращалась на 2,6 сут, головной боли – на 2,2 сут, катаральных явлений – на 1,1 сут.

ОРВИ неуточненной этиологии: продолжительность лихорадки сокращалась на 0,4 сут, головной боли – на 0,8 сут, катаральных явлений – на 1,9 сут.

Кроме того, было установлено, что применение Амиксина способствовало нормализации иммунного статуса пациентов, значительному снижению частоты развития осложнений: пневмонии в 3,4 раза, бронхита в 1,8 раза. У больных, принимавших Амиксин®, не развивались такие осложнения, как отит, гайморит, обострение хронического тонзиллита.

Профилактика

В исследовании, проведенном в период сезонного подъема заболеваемости респираторными инфекциями в Москве, участвовали 39 051 человек. Применение профилактического курса (1 таблетка 125 мг в неделю, курс – 6 нед) Амиксина позволило снизить уровень заболеваемости респираторными инфекциями в 3,4 раза по сравнению с контрольной группой. У обследованных отмечалась положительная динамика уровня интерферона в сыворотке крови, регистрировался 2–3-кратный прирост α- и β-интерферонов. Было установлено, что у пациентов, получавших Амиксин®, но заболевших гриппом или ОРВИ, заболевание протекало в более легкой форме с меньшим числом осложнений.

Амиксин® признан эффективным препаратом профилактики ОРВИ независимо от вида респираторного вируса (вирус гриппа, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа и др.) и рекомендован как для плановой, так и экстренной профилактики.

Безопасность

В клинических исследованиях подтверждены благоприятный профиль безопасности Амиксина и хорошая переносимость пациентами. Установлена его совместимость с традиционными противовирусными химиопрепаратами, антибиотиками, иммуномодуляторами и вакцинотерапией.

Режим дозирования для взрослых

Для лечения гриппа/ОРВИ: внутрь в первые 2 дня болезни в дозе 125 мг/сут, далее – 125 мг через 48 ч. Курсовая доза – 750 мг (6 таблеток).

Для профилактики гриппа/ОРВИ: 125 мг 1 раз в неделю в течение 6 нед. Курсовая доза – 750 мг (6 таблеток).

*Волчек И.В. Профилактическая и лечебная эффективность Амиксина при гриппе и других острых респираторных инфекциях. TERRA MEDICA nova. 2003; 1 (29): 17–20.

Медицина в художественных образах

Любите живопись, поэты!
Лишь ей, единственной, дано
Души изменчивой приметы
Переносить на полотно.

Н.Заболоцкий

Эти слова поэта как нельзя более точно отражают неисчерпаемые возможности изобразительного искусства и прежде всего живописи отображать внутренний мир человека, изображенного на картинах или портретах. При написании портрета художник в некотором смысле уподобляется врачу, стараясь как можно глубже вторгнуться во внутренний мир человека, чтобы понять его и по возможности отразить на полотне. А уж зритель будет решать, насколько живописцу это удалось и удалось ли вообще. Более того, как это не покажется невероятным, на портретах видна печать прожитой жизни и ощущение всего бремени житейских проблем у изображенного – «...ее глаза – как два обмана, покрытых мглою неудач». Каково! Оказывается, в глазах портретируемого можно отразить много того, что происходило с ним. Выходит, что художник, подобно врачу, «собирает анамнез» (изучает историю заболевания), правда своими художественными средствами.

Но у живописи есть еще уникальная возможность – отражать не только душевное состояние человека, но также различные видимые телесные недуги и патологические изменения со стороны многих систем, что представляет особый интерес для медиков. Только вдумайтесь, что картина или портрет может стать своеобразным «скорбным листом» (старое название истории болезни) портретируемого или кого-то из изображенных персонажей. Особенно, если художник без всяких прикрас изображает имеющиеся и не ускользнувшие от его профессионального взгляда видимые телесные дефекты портретируемого. Прежде всего это касается строения тела, изменений со стороны кожи, шеи, опорно-двигательного аппарата и других поддающихся визуальному анализу частей тела. Перед нами развертываются картины, глядя на которые скрупулезный специалист и исследователь может почерпнуть немало информации. Так, например, в сценах придворной жизни или на портретах правителей можно оценить не только мастерство художника, но и увидеть... пациента. Опытный медик может поставить диагноз средневековому королю или самому живописцу, решившему попрактиковаться в жанре автопортрета. А иногда история болезни, составленная по портрету и подкрепленная «анамнезом» – теми самыми хрониками и преданиями, – может поведать кое-что новое о жизни великих.

В силу очевидных возможностей живописи на картинах можно увидеть не только признаки различных заболеваний у портретируемого, но и в известной степени предположить внутреннее состояние самого художника. Чем талантливее мастер, тем больше он вкладывает в полотно своей энергетики, которая может быть и доброй, и злой, и ироничной, и беспощадно реалистичной. А «поляризацию» энергии, оказывается, можно ощутить даже по тому, как мастер кладет краски на холст. Эксперты полагают, что, когда художник находится в спокойном состоянии, его мазки ровные и правильные. Если же портрет пишется в состоянии нервного возбуждения, тоски или обострения психического заболевания, то мазки начинают как бы «плясать». На первый взгляд это кажется незаметным для глаз и может быть видно только при тщательном исследовании картины, хотя человеческий мозг воспринимает такие неровности на уровне подсознания.

Символично, что первым медиком и живописцем был святой апостол и евангелист Лука, запечатленный Эль Греко (рис. 1).

Болезни на портретах

Художественные произведения, особенно портретная живопись, могут служить важным источником информации о наличии заболеваний у портретируемых. При этом неизбежно возникает вопрос, насколько реально выявление у изображаемых персонажей каких-либо признаков болезни? От чего это зависит? Прежде всего от мастерства и изобразительной точности художника, от его умения переносить на полотно не только «души изменчивой приметы», но и малейшие внешние черты, которые позволяют предполагать то или иное заболевание. Если задача художника отразить с максимальной точностью внешние стигмы болезней у портретируемого, то врачу предстоит не только увидеть, но и дать им, насколько это возможно, соответствующую трактовку, соотнести их с вероятностью наличия болезни. Можно сказать, что врач решает клиническую задачу, заданную ему художником.

Возможность выявления признаков заболеваний на портретах или картинах стала предметом одного из научных исследований, посвященного распространенности различных заболеваний в соответствующую историческую эпоху.

При всей своей ограниченности метод позволяет изучить эпидемиологию некоторых заболеваний в соответствующем географическом регионе за определенный исторический период. Так, специалисты из Швейцарии провели изучение внешних признаков различных заболеваний на основании анализа фотографий с портретов, написанных местными художниками за период XIV–XX вв. Оказалось, что наиболее часто у портретируемых наблюдался зоб (увеличение размеров щитовидной железы), причем достоверно чаще у женщин по сравнению с мужчинами (41 и 24% соответственно). Этот факт не случаен и, возможно, является следствием дефицита йода в швейцарском регионе в те времена.

Портретная живопись позволяет предполагать не только разнообразные телесные, но и душевные недуги у портретируемых. Со времени появления первых автопортретов этот вид изобразительного искусства предоставил медикам возможность вы-

Рис. 1. Эль Греко. «Евангелист Лука».

Рис. 2. Рембрандт. Автопортрет. 1659 г.

являть черты ряда заболеваний у самих художников. Высказывалось немало гипотез относительно заболеваний художников, запечатлевших самих себя. Стала зарождаться так называемая портретная диагностика.

Зеркало души

Лицо человека действительно является «зеркалом души». Богатство арсенала мимики, визуальность процесса кровоснабжения, близость нервных окончаний, вообще, сосредоточение здесь основных органов чувств – все это дает возможность наблюдать по лицу за всеми процессами, происходящими в организме. Любой патологический процесс как физический, так и психоэмоциональный через подсознание изменяет мимику лица. Опытные врачи по выражению лица могут судить о состоянии физического и психического здоровья человека, о потенциале его сопротивляемости болезням, наконец, о его характере, психологическом типе.

Знаменитый русский терапевт Г.А.Захарьин умел почти безошибочно ставить диагноз на основе наблюдения за внешностью больного, а Н.И.Пирогов в свое время даже составил атлас «Лицо больного». Он утверждал, что практически каждое заболевание оставляет свой характерный след на лице человека. Особое распространение метод диагностики по лицу (так называемая физиогномика) получил в странах Востока (особенно в Китае и Корее). Ни один опытный врач, обученный тибетской медицине, не поставит диагноз без тщательнейшего изучения лица пациента.

Существует несколько школ «чтения по лицу», каждая из которых базируется на собственной системе. Так, японцы обычно делят лицо на три зоны: верхнюю (лобная часть) – она отражает состояние тела и духа, среднюю (от бровей до кончика носа) – по которой видно психическое состояние человека, и нижнюю (от верхней губы до подбородка) – отражающую характер человека.

Опытному физиогномисту многое может рассказать состояние кожи лица, ее цвет, влажность, выраженность сосудистого рисунка, расположение и глубина морщин и др. Кроме того, принимается во внимание состояние пяти «жизненных черт»: бровей, глаз, носа, рта, ушей. Пропорциональность этих черт (форма, цвет, чистота и т.д.) является благоприятным признаком.

Анализ пяти «жизненных черт» и трех зон лица считается основой процедуры чтения. Однако, чтобы составить общее впечатление о характере человека и состоянии его психики, надо учитывать еще и особенности лицевых костей, форму челюстей и подбородка, общую конфигурацию лица. Оценивая полученные данные, надо сопоставить их с возрастом пациента. Итак, диагностика по лицу реально входит в практику и является в настоящее время одним из методов, имеющих свои научные основы. Портретную диагностику можно считать одним из средств физиогномики.

Палеоэпидемиология

Ретроспективная диагностика по автопортретам (палеоэпидемиология – изучение заболеваний прошлого) была проведена доктором Tal Friedman. Совместно с врачами и музейными работниками Tal Friedman провела исследование с целью разработки новых научных технологий в изучении и понимании процессов старения у портретируемых. Благодаря интересу к искусству и науке она остановила свой выбор на автопортретах. Предметом ее выбора стал Рембрандт.

Рембрандт

При анализе 40 автопортретов Рембрандта израильские специалисты по пластической хирургии пришли к заключению, что выражение лица художника на его ранних автопортретах может свидетельствовать о наличии у него депрессии. Дальнейшая жизнь Рембрандта, его поведение, взаимоотношения с окружающими людьми никак не противоречат такому предположению, а скорее подтверждают его. Кроме того, исследователи полагают, что Рембрандт страдал хронической свинцовой интоксикацией – довольно частой патологией художников, использовавших краски с высоким содержанием свинца. Конечно, визуальные признаки болезни могут быть с большей достоверностью выявлены врачом или специалистом (дерматолог, невролог и др.). На автопортрете Рембрандта 1659 года (рис. 2) обращает на себя внимание раннее появление признаков старения. Кроме того, видны утолщенные сосуды, что может свидетельствовать о наличии атеросклеротического поражения. Кстати, нередко раннее развитие атеросклероза сосудов сопровождается одновременным появлением внешних признаков старения.

Модильяни

На известном автопортрете Модильяни (1919 г.) изображено худое удлиненное лицо с утонченными чертами и своеобразно выраженным румянцем (рис. 3). Это довольно типичные внешние признаки туберкулезных (чахоточных) больных. Туберкулез был широко распространен в Европе в конце XIX – начале XX века, и многие художники того времени, в том числе и Амедео Модильяни, болели туберкулезом. Именно от туберкулеза легких Модильяни умер в возрасте 37 лет.

Брюллов

А вот еще один автопортрет с медицинской интригой. На автопортрете Карла Брюллова художник изображен с лицом явно нездорового человека – утомленного, грустного, страдающего. В «Автопортрете» он изобразил себя полулежащим с откинутой назад головой. Бледное худое лицо несет отпечаток болезни. Под внешней неподвижностью кроется напряженная работа мысли. Итог раздумий. Лихорадочно горят глаза. Брови, напряженно сведенные в глубокие складки, тоже выражают работу ума страстную, мучительную. Особенно обращает внимание цвет лица – бледность с сероватым оттенком. Такой цвет, обозначавшийся врачами как «cofe au lait» (кофе с молоком), описывался у больных с инфекционным эндокардитом (инфекционным поражением клапанов сердца). Из воспоминаний современников известно, что Брюллов страдал заболеванием сердца, явившегося причиной смерти художника. Учитывая смерть в относительно молодом возрасте и в связи с этим малую вероятность ишемической болезни сердца, нельзя исключить наличие у Брюллова инфекционного эндокардита, возможно развившегося на фоне ревматической болезни сердца. Таким образом, написанный во время болезни «Автопортрет» – своеобразная автопатобиография художника (рис. 4).

Портрет создан в тот первый весенний день, когда врачи позволили Брюллову встать с постели после изнурительной, долгой болезни. Семь месяцев художник пробыл наедине с самим собой, почти все визиты были запрещены докторами. Болезнь вынуждала к уединению. Уединение вело к сосредоточенному размышлению. Автопортрет – свидетельство того, как в строгом, пристрастном разговоре с самим собою художник подводит итог без малого полувековой жизни. Итог творческих исканий. В 1849 году здоровье художника ухудшилось, и он уезжает за границу. Вначале он поселяется на острове Мадейра, а затем переезжает в Италию. Брюллов остро переживал вынужденную разлуку с родиной. Свой автопортрет художник написал за несколько часов во время обострения. Из Италии художник совершил поездку в Грецию и Турцию. Но вернуться на родину уже не смог. Болезнь оказалась смертельной, и Брюллов умер 23 июня 1852 года в местечке Марчиано близ Рима.

О портретах К.Брюллова В.Г.Белинский писал: «Уметь верно списать портрет – есть уже своего рода талант, но этим не оканчивается все... Пусть с него снимет портрет Брюллов и Вам покажется, что зеркало не так верно повторяет образ Вашего знакомого, как этот портрет, потому что это будет не только портрет, но и художественное произведение, в котором схвачено не одно внешнее сходство, но и вся душа оригинала».

По материалам Л.И.Дворецкого

Рис. 3. А.Модильяни. Автопортрет. 1919 г.

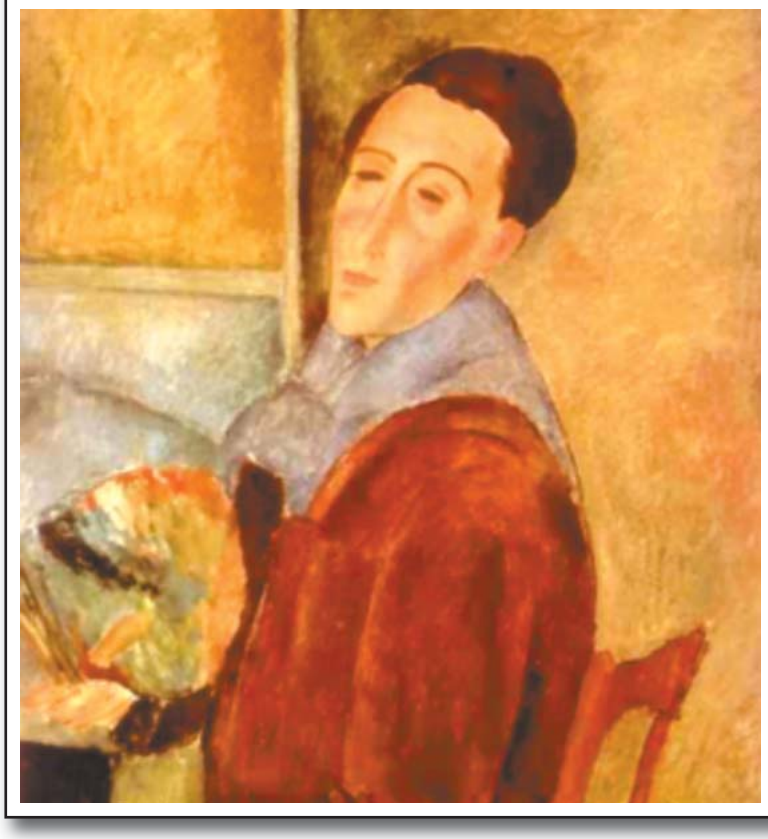


Рис. 4. К.Брюллов. Автопортрет.

Bayer HealthCare

ГЛЮКОМЕТР без кодирования – проще простого!

Высокая точность измерений • Не требует кодирования • Фермент нового поколения

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространенных болезней цивилизации. Диабет даже называют эпидемией 21 века. Но сегодня можно жить с ним долго и добиваться успехов в жизни. Надо только научиться управлять диабетом. А чтобы им эффективно управлять, надо знать свой уровень сахара крови. Для этого существуют так называемые средства самоконтроля, а проще говоря, глюкометры. Но какой выбрать, какой лучше, точнее, проще в использовании?

Давайте обратимся к производителям. А кто вообще придумал глюкометр?

Первый переносной глюкометр был предложен немецкой компанией «Байер». И случилось это в 1969 г. А в 1985 г. компания «Байер» разработала и вывела на рынок следующую новинку – глюкометр, который впервые позволял сохранять результаты измерений в памяти, предоставляя возможность их сравнивать.

Вскоре компания «Байер» предложила технологию, позволившую уменьшить размер капли крови для тестирования и не делать анализ столь травмирующим. Эта технология основана на капиллярном всасывании крови тест-полоской.

Последняя инновация от компании «Байер» – это технология **«Без кодирования».**

Эта технология используется в работе нового глюкометра – **«Контур ТС» (CONTOUR TS)**, Технология «Без кодирования» уникальна тем, что пациенту больше не надо вводить чип или цифры при открывании каждого нового флакона тест-полосок. Как оказалось, колоссальное число людей при выполнении этой процедуры ошибаются по самым разным причинам: из-за своей невнимательности или из-за того, что недопоняли, что и как надо делать. Они забывают о необходимости введения кода или вводят его неправильно . Соответственно, они получают неверный результат. Неправильно кодированный прибор может давать результат с ошибкой до 43% и выше – это очень значимо, особенно для людей с лабильным диабетом или находящихся на инсулине, ведь ошибки в дозе инсулина могут быть опасны для жизни.

Каждая тест-полоска к глюкометру **«Контур ТС»** содержит в себе специальный дополнительный электрод, который и позволяет глюкометру определять ее свойства. Поэтому пациенту не надо задумываться, правильно ли закодирован прибор. Тестирование с помощью глюкометра **«Контур ТС»** очень простое – нужно только вставить тест-полоску в порт и поднести палец с крошечной капелькой крови к кончику полоски. Даже на кнопки не надо нажимать! **«Контур ТС»** прост в применении и точен, т.к. исключаются ошибки, связанные с неправильным кодированием. В тест-полосках используется фермент нового поколения, исключающий нежелательные влияния на результат неглюкозных сахаров, лекарственных препаратов, кислорода и пр. Время измерения составляет всего 8 сек, что позволяет пользоваться прибором на работе, дома, в дороге.

www.bayerhealthcare.ru

Телефон бесплатной горячей линии по глюкометрам «Байер» 8 800 200 44 43

BAYER КОНТУР ТС

Рег.уд. № ФСЗ 2007/00570

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.